

# ANAIIS PAULISTAS DE

# MEDICINA E CIRURGIA

REVISTA PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOLUME LXXVIII

N.º 2

Agosto de 1959

Neste número:

Trabalhos Originaes:	Pág.
Traumatismo quirúrgico do esôfago torácico - Dr. RICARDO O. MARATTA .....	113
Aspectos dos acidentes de trabalho entre os prestadores - Dr. PAULO DE ALBUQUERQUE PRADO .....	119
Revista Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Otorrinolaringologia .....	67
Pediatria .....	70
Centro Médico de Ribeirão Preto .....	74
Sociedade Médica São Lucas .....	80
Imprensa Médica de São Paulo:	
Síndico dos últimos números .....	88
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina .....	90
Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa .....	92
Congressos Médicos:	
VIII Jornada da Federação das Sociedades de Otorrino e Bronco-otolaringologia do Brasil .....	92
II Congresso Latino Americano de Anatomia Patológica .....	94
Assuntos de atualidade:	
Tromboembolismo venoso agudo .....	104
Livros Médicos:	
Apreciações .....	108
Separatas e folhetos recebidos .....	109

Redação



SANATÓRIO SÃO LUCAS

Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Florestal, 80 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

# MEPRO

## Fórmula:

Meprobramate .....	0,400	g
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,010	g
Neserpin .....	0,0001	g
Excipiente q. s. p. ....	0,500	g

## INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa

## Modo de usar:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licença, pelo S. N. F. M. sob N.º 861/57

Farm. M. P. LARSON

# GLUCOSSARA

## Fórmula:

Vitamina C .....	0,500	g
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,100	g
Vitamina B <sub>2</sub> .....	0,050	g
Chicocola .....	0,050	g
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00	cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

## Modo de usar:

1 a 2 supôlas diariamente por via endovenosa,  
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob prescrição médica)

Licença, S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. LARSON

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 184 — São Paulo, Brasil

*No controle das*

## HEMORRAGIAS

*espontâneas*

*Durante e após o ato cirúrgico*

## “PREMARIN”

— ENDOVENOSO —

*hemostático fisiológico.*

*Acelera a*

## COAGULAÇÃO

*Eleva os níveis de*

*protrombina e de globulina aceleradora*

*e deprime a*

*antitrombina.*

**Produz, amiúde, a hemostase dentro de**

**15 a 30 minutos após a injeção**

A dose de 20 mg. é geralmente, suficiente para o controle do sangramento. Até esta data, após mais de um milhão de injeções, não foi relatado nenhum caso de toxicidade nem de formação de trombos



*Produtos Farmacêuticos e Biológicos*

**AYERST DO BRASIL S/A.**

Rua Varnhagen, 44 — sobreloja — Tel.: 33-4477 — São Paulo

Rua do Rosário, 170 - 2.º and. — Tel. 32-9054 — Rio de Janeiro

**Afoga-se num copo de água**



o hipodesenvolvido físico e psiquicamente, por não se adaptar aos problemas que, dia a dia, a vida propõe. O mesmo pode ocorrer ao esgotado, ao deprimido, ao neuropsicástico, ao esquizóide, ao que sofreu a involução senil. A todos estes o

# Dinistenile

Sulfato Sódico de Deidroandrosterona (em forma hidrossolúvel)  
com Dinitrila Succínica.

faz, novamente, voltar as energias necessárias, a confiança, o equilíbrio e a capacidade de adaptação, mobilizando substâncias energéticas, atenuando os efeitos do "stress" e enriquecendo o patrimônio nucleoprotéico da célula nervosa.

1 a 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou endovenosa, até  
3 ampolas ao dia.

Agora, também com



ESGOTAMENTO  
STRESS  
DEPRESSÕES  
NEUROPSICASTENIA  
CENESTOPATIA  
HIPOEVOLUTISMO  
INADAPTAÇÃO SOCIAL  
ESQUIZOIDISMO  
INVOLUÇÃO SENIL



**PRAVAZ-RECORDATI**  
**LABORATÓRIOS S. A.**



Rua Michigan, 679 — São Paulo



# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

**Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr \$ 300,00 — Estrang. US \$ 7,50 — Número avulso Cr \$ 30,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

**VOL. LXXVIII**

**AGOSTO DE 1959**

**N.º 2**

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

#### DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 de outubro de 1958

Presidente: *Dr. Haroldo da Silva Bastos*

**Cistos e fístulas do pescoço.** Dr. Jorge Barretto Prado. — O autor analisa as anomalias congênitas da região cervical constituídas pelos cistos e fístulas do canal tireoglosso e branquiais. Faz uma revisão da embriologia, patologia e aspecto clínico dessas entidades. Apresenta sua casuística de 20 casos, 14 dos quais foram operados, assim distribuídos: cistos do canal tireoglosso, 2 casos; fístula do canal tireoglosso, 7; cisto branquial unilateral, 4; fístula branquial, 1. Em todos os casos submetidos à operação, foi feita a extirpação total do processo, sem haver uma única recidiva. Os insucessos que se observam se dão ou por falta técnica (remoção parcial, simples drenagens, etc.) ou por falta de conhecimento da embriologia da região.

As anomalias são predominantemente encontradas nos jovens, mas podem aparecer em qualquer idade. O sexo não tem maior influência.

O diagnóstico na maioria dos casos é fácil, podendo ser auxiliado por

algumas manobras, instilações de contraste iodado (Lipiodol) através dos canais e trajetos fistulosos, permitindo um estudo radiográfico contrastado.

O tratamento destas afecções é sempre cirúrgico e consiste na remoção radical, sendo que para as fístulas e cistos do canal tireoglosso, foi empregada a técnica de Sistrunk, que consiste na retirada total do cisto e trajeto fistuloso até o foramen coecum, com retirada de uma porção do osso hióide.

**Granuloma da laringe pós-entubação endotraqueal.** Drs. José A. de Arruda Botelho, Walter A. Marchi e Marcos Prates Paulino. — Os autores apresentam 6 casos de granuloma da laringe pós-entubação endotraqueal. De acordo com Kamlsler, Brown e Heller, os autores acham que a denominação empregada é a que mais condiz com a entidade clínica da laringe. Fazem um apanhado do aspecto, incidência segundo a idade e sexo (nos casos apresentados,

todos eram do sexo feminino e dois abaixo de 30 anos), causas, localização, patologia, sintomatologia e tratamento. Fazem diferenciação com a úlcera de contacto, sendo esta recidivante.

Observam que, nos casos em que há edema da subglote, não se verifica o aparecimento de granuloma. Apresentam documentação fotográfica endoscópica.\*

## DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de outubro de 1958

Presidente: *Dr. Lucio Penna de Carvalho Lima*

**Correlação das provas alérgicas, do hemograma, hemossedimentação e exame citológico nasal na asma e rinite alérgicas.** Drs. Gastão Arruda Pacheco, João Ferreira de Melo e Ernesto Mendes. — A asma brônquica é considerada moléstia alérgica. Contudo, há muitos casos em que não é possível encontrar uma alergia específica. Não tendo etiologia uniforme, várias tentativas têm sido feitas para sistematizá-las em diferentes grupos.

Uma das melhores classificações é a de Rackemann, que usa o conceito de "intrínseca" e "extrínseca" da seguinte maneira: a *asma extrínseca* é alérgica "a não ser que se prove o contrário" e origina-se de fontes externas; o alérgeno é habitualmente o pó, algumas vezes alimentos ou drogas; ocorre principalmente em pacientes que tiveram asma antes dos 40 anos de idade. A *asma intrínseca* não é alérgica "a não ser que se prove o contrário"; o paciente traz a causa no próprio organismo. A maioria dos autores segue esta orientação: Cooke (1947) — infecciosa e não infecciosa; Coca (1947) — imunológica e não imunológica; Diener (1938) — espástica e catarral. No que respeita à frequência destes tipos encontramos os estudos de Walker: 55% sensível e 45% não sensível. Para Cooke, 50% são ocasionados por inalantes, alimentos ou drogas, 35% infecções, e em 15 a 20% ambos os fatores, infeccioso e não infeccioso. Para Rackemann, mais de 75% dos casos são de asma extrínseca; para Hansel, também as causas extrínsecas são predominantes na etiologia da asma.

Em cada caso particular é de suma importância precisar a etiologia da

asma, utilizando-se, além da história clínica, as provas alérgicas, o exame citológico nasal, o hemograma e a hemossedimentação. A orientação terapêutica diferirá conforme o caso. Tendo por base as provas alérgicas (positivas ou negativas) procuramos relacionar com as mesmas os outros exames mencionados. Procuramos ainda relacionar os exames com os diferentes grupos de idade, tendo em vista que, para a maioria dos autores (Walker, Cooke, Abderhalden, Rackemann e outros) a asma extrínseca (75% dos casos) origina-se antes dos 40 anos, e a intrínseca acima desta idade.

Em 100 casos os resultados foram os seguintes: provas alérgicas positivas, 72%. Separando por grupos de idade, a positividade vai diminuindo dos 15 aos 64 anos (88% para 30%).

Os exames, no grupo extrínseco (72 casos) mostraram: eosinófilos na secreção nasal 72%, eosinofilia sanguínea 82%, hemossedimentação acelerada 25%. No grupo intrínseco (28 casos): eosinófilos na secreção nasal 25%, eosinofilia 61%, hemossedimentação acelerada 50%. Estes resultados estão de acordo com os conceitos de asma extrínseca e intrínseca.

**Reação alérgica ao ACTH.** Drs. Gastão Arruda Pacheco e João Ferreira de Melo. — O ACTH, como toda proteína animal, é capaz de produzir reações de hipersensibilidade. Essas reações manifestam-se clinicamente desde simples reações cutâneas do tipo urticária, até reações graves do tipo choque anafilático.

# AMINO-CRON

— TÓPICO —

Succinato de sulfanilamida sódica . . . .	6,25 g
Mercurocromo . . . . .	2,00 g
Glicerina . . . . .	5,00 g
Água fervida . . . . .	100 cm <sup>3</sup>

*No tratamento tópico das infecções  
estrepto-estafilocócicas*

# AMINO-CRON

— CIRÚRGICO —

Sulfanilamida — Mercuro-  
cromo — Alcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —  
Assepsia local*



**LABORATÓRIO YATROPAN S. A.**

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

Em 1951, na II Conferência Clínica sobre o ACTH, Brown e col. relataram 7 casos de reações alérgicas em pacientes que recebiam tratamento com ACTH; Stevenson nesta mesma conferência relatou outros 6 casos. No mesmo ano, Wilson publicou 2 casos e Feinberg, um caso de reação anafilática ocorrida com este hormônio. Em 1954, Swift citou um caso. Em 1955, Arnoldsson relatou mais 10 casos com idênticas reações.

Dada a possibilidade de surgirem manifestações alérgicas ao ACTH na vigência de sua aplicação achamos oportuna a apresentação de 2 casos. O primeiro de uma paciente com retocolite ulcerosa que apresentou urticária durante um tratamento com ACTH; o estudo imunológico neste

caso mostrou um anticorpo do tipo das reaginas, pois as provas cutâneas com ACTH e com a carne de porco foram positivas; a pesquisa de anticorpos circulantes do tipo das reaginas no soro da paciente pela prova da transferência passiva local ou de Prausnitz-Kustner e pelo método de Leftwich, foi negativa; a contagem das plaquetas no soro da paciente antes e depois da introdução do ACTH mostrou queda de 20,1% e a contagem in vitro, um índice de 1,8, na opinião de Storck, sugestivos de alergia à droga. O segundo caso era de um paciente com asma que apresentou reação do tipo anafilático após a primeira injeção com ACTH; neste caso não foi realizado estudo imunológico.

## DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de novembro de 1958

Presidente: Dr. Guilherme Mattar

**Aplicação do método Apgar em nosso meio. 2: Oximetria do sangue do recém-nascido considerado normal (apresentação de 28 casos).** Dra. Denise Altenhein. — A autora tece considerações sobre a dificuldade de avaliação das condições vitais de um recém-nascido nos primeiros momentos que se seguem ao parto. Ressalta a importância desta avaliação no prognóstico do desenvolvimento neurológico do recém-nascido, considerando a opinião de vários autores sobre o assunto (Courville, Dark, Keith e Norval, etc.). Apresenta, critica e usa o método de avaliação proposto por uma anestesista americana, Virginia Apgar, que confere ao recém-nascido 5 notas visando a: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus, cor e excitabilidade. A este boletim, que parece estar se implantando como rotina em alguns Serviços americanos de obstetrícia, foram submetidos 240 recém-nascidos do Serviço de Obstetrícia e Puericultura Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que se distribuem da seguinte forma: nascidos de partos normais, 181; nascidos

de cesareanas, 26; nascidos de fórceps, 18; nascidos de parto pélvico, 15. A autora analisa parceladamente cada grupo e compara seus resultados com os de V. Apgar.

A segunda parte do trabalho se refere à oximetria do sangue de 28 recém-nascidos clinicamente pressupostos normais pelo boletim exposto. Este trabalho precede a oximetria do sangue do recém-nascido, nascido em anóxia (a ser publicado). A autora expõe a duração do trabalho de parto de cada caso, o tipo de parto, o peso do recém-nascido, o conteúdo em  $O_2$  de seu sangue (medido numa amostra capilar pelo método de van Slyke, modificado e aplicado ao microgasômetro de Kopp-Natelson), a hemoglobina e, finalmente, a saturação, chegando à conclusão de que parece haver uma relação satisfatória entre o quadro clínico pelo boletim Apgar e os dados oximétricos.

**Considerações sobre a epituberculose.** Dr. Mozart Tavares de Lima Filho. — As opacidades radiológicas de evolução benigna que surgem no decurso da tuberculose primária da

criança apresentam uma série de problemas ainda não resolvidos.

Em relação a sua designação não se encontra uniformidade na literatura. Esplenopneumonia tuberculosa, paratuberculose, opacidades segmentares, consolidação, colapso, atelectasias, infiltração, epituberculose e muitos outros têm sido usados. Dêstes, os que mais se generalizaram foram atelectasias e epituberculose. O termo epituberculose é o mais apropriado, desde que não traduz como atelectasia, um conceito anátomo-patológico e patogênico.

Os achados anátomo-patológicos existentes revelam uma grande variedade de lesões. Ao lado de áreas de alvéolos em atelectasia, encontram-se zonas com exsudato fibrino-leucocitário e lesões tuberculosas específicas (tubérculos, nódulos caseosos, etc.).

Em relação à patogenia do processo verifica-se que as duas teorias mais aceitas antigamente, a atelectasia por compressão gangliobronquica e a alérgica, admitindo uma reação tuberculotóxica em torno de focos tuberculosos, não permitem explicar os achados clínicos e anátomo-patológicos. A hipótese mais satisfatória é a que faz intervir a perturbação na drenagem brônquica tanto ventilatória como excretora, conseqüente à lesão da parede brônquica, determinada pela propagação do processo tuberculoso ganglionar. Ao lado disto, disseminações tuberculosas ocasionadas por erupção do material caseoso por pequenas fístulas gangliobronquiais determinam lesões tuberculo-

sas. Infecções secundárias se estabelecem em virtude da retenção de secreção.

A importância da epituberculose decorre da sua frequência na fisiologia infantil. Entre 319 crianças portadoras de tuberculose primária com imagens radiológicas internadas no Hospital de Mandaqui, entre 1948 e 1953, 182 (57%) apresentavam o quadro de epituberculose. O conhecimento preciso desta entidade é, portanto, essencial ao pediatra.

Freqüentemente, êstes processos evoluem para a retração do lobo ou segmento afetado, com o desenvolvimento de bronquectasias, cuja etiologia pode passar despercebida se não for conhecida a evolução anterior do processo.

**Estudo de alguns aspectos dos distúrbios electrolíticos no tratamento harmônico da síndrome nefrótica: distúrbios do sistema nervoso central e da electrolitemia na diurese rápida ocasionada pelo ACTH.** Drs. Hedda A. de Oliveira Penna, Antranik Manissadjian, Maria Aparecida Salgado Cesar e Guilherme Mattar. — Os autores discutem o caso de uma criança de 10 anos de idade, portadora de síndrome nefrótica e que, durante a diurese rápida seguida à administração de ACTH, apresentou crises convulsivas, coma, alterações electrocardiográficas, electrencefalográficas, hiponatremia, hipocalcemia e alcalose. Como principais seqüelas apresenta síndrome convulsiva e hemianopsia homônima direita. Comentam o possível mecanismo de instalação dessas alterações.

Sessão em 21 de novembro de 1958

Presidente: Dr. Plínio Rossi de Carvalho

**Asma na criança: aspectos clínicos.** Dr. Américo Cardoso dos Santos. — Elementos para estabelecer diagnósticos: a) história familiar de alergia; b) meio ambiente da criança nos seus aspectos físicos e psicológicos; c) hábitos alimentares; d) história clínica progressa; e) exame físico geral e especial.

Quanto ao tratamento, para fins de discussão, o autor considera qua-

tro eventualidades: a) profilaxia da crise aguda: repouso, anti-histamínicos, expectorantes, aminofilina, eventualmente antibióticos; b) tratamento da crise aguda: repouso, ambiente adequado, supressão de anti-histamínicos, adrenalina, eventualmente corticóides; c) status asthmaticus: corticóides, aminofilina, inalações, fluidificantes, oxigênio; d) asma crônica: papel do alergista.

**Asma na criança: aspectos alérgicos.**

Dr. Ernesto Mendes. — O fator alérgico na asma pode ser demonstrado: 1) clinicamente, pela relação entre o alérgeno e os sintomas. Exemplos: asma provocada pela ingestão de ovo ou leite; asma por inalação de pó; asma por aspirina; asma por inalação de penicilina, etc. 2) Experimentalmente: a) contacto com o alérgeno suspeito e desencadeamento dos sintomas. Exemplo: nebulização do alérgeno suspeito em recinto fechado e reprodução dos sintomas quando o paciente é introduzido no mesmo. b) Por meio de aparelhos apropriados capazes de registrar alterações respiratórias, quando o paciente inala o alérgeno suspeito. c) Asma *in vitro*, como nas experiências de Schild e Brocklehurst. Fragmentos de brônquios de pacientes asmáticos apresentam contrações em contacto com o alérgeno, registradas em cilindro registrador, como na prova de Schultz-Dale, acompanhados de liberação de substâncias ativas: histamina e "slow-

reacting substance". Esta experiência demonstra que a crise de asma pode ser despertada exclusivamente pelo contacto do alérgeno com o órgão de choque, prescindindo de outros órgãos ou sistemas, inclusive o sistema nervoso.

**Asma na criança: aspectos otorrinolaringológicos.** Dr. João de Melo.

— O autor chamou a atenção para a incidência maior do aparecimento dos sintomas de rinite alérgica e asma brônquica na primeira década da vida e mais dos 3 ou 6 anos. O diagnóstico deve ser baseado na história clínica, antecedentes alérgicos pessoais e familiares, aspecto da mucosa nasal, exame citológico do muco nasal, hemograma, hemossedimentação, radiografia dos seios da face. Finalmente, abordou o problema da amigdalectomia e adenoidectomia e rinite alérgica e asma brônquica. A alergia em si não é indicação para amigdalectomia e adenoidectomia. As indicações para cirurgia são as mesmas no indivíduo alérgico e não alérgico.

Sessão em 27 de novembro de 1958

Presidente: Dr. Jacques Crespin

**Obstruções do intestino delgado no recém-nascido.** Drs. Roberto de Vi-

lhena Moraes e Antonio Ribas Cunha. — Os autores apresentam as principais causas congênitas de obstrução do duodeno e do jejunoíleo no recém-nascido, tanto intrínsecas como extrínsecas; analisam a sintomatologia dessas anomalias (vômitos, distensão abdominal, falta ou diminuição de eliminação de mecônio) e apresentam vários casos operados, discutindo a técnica cirúrgica correspondente.

**Importância do diagnóstico e tratamento precoce dos pés tortos congênitos.** Dr. João de Vincenzo. — O

autor faz referência a uma sua revisão de 2.619 casos de pés tortos congênitos, do Pavilhão Fernandinho Simonsen, da qual tirou algumas conclusões de interesse médico geral e intimamente ligadas aos pediatras. Refere que a literatura, embora farta, apresenta muitas controvérsias e idéias pouco claras. Classifica os pés

tortos congênitos dos recém-nascidos em equino-varo, metatarso-varo e talo-varo e nestes três tipos, é o astrágalo o osso em torno do qual gravitam todas as deformidades; no pé equino-varo, comumente chamado de pé torto congênito clássico, a articulação subastragaliana em radiografia dorso-plantar apresenta abertura menor que 45°, o pé metatarso-varo um pouco mais de 45°, e o pé talo-vago, um ângulo que, excedendo os 45°, pode atingir 90°. Classifica os pés equinovaros em quatro graus e chama a atenção que é apenas o de 1.º grau que não demanda tratamento algum, o que não acontece nos demais graus, onde o tratamento é de correção progressiva das deformidades em aparelho de gesso; frisa a necessidade do tratamento ser precoce e conservador; na estatística do Pavilhão Fernandinho Simonsen os resultados cirúrgicos foram desastrosos e são reservados a casos especiais. Os pés metatarso-varos são classificados em três graus,

# ROVAMICINA

Nome genérico: Espiramicina

Antibiótico polivalente, perfeitamente tolerado pelo organismo. Respeita a flora intestinal útil.



CLÍNICA GERAL  
DERMATOLOGIA  
GASTRENTEROLOGIA - GINECOLOGIA - UROLOGIA

## APRESENTAÇÕES

### ROVAMICINA COMPRIMIDOS

Frascos de 12 e de 24 comprimidos a 250 mg.

ROVAMICINA INTRAMUSCULAR "IM"  
Estôjo de 1 frasco com 100 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.

ROVAMICINA INTRAVENOSA "IV"  
Estôjo de 1 frasco com 250 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.



*A marca de confiança*

## RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP



levando em conta a adução dos metatarsianos; frequentemente são estes pés que passam despercebidos aos médicos, quando se sabe que, quando a criança começa a andar, acentua a deformidade. Com relação aos pés talo-valgos chama o interesse da casa para exame mais cuidadoso a fim de serem diagnosticados, por serem, dentre os pés tortos congênitos, os mais frequentes e, se não tratados após o nascimento, caminharem inexoravelmente para o assim chamado erradamente pé plano. O pé talo-valgo evolui de três maneiras: 1) para a cura total; 2) para valgo-plano; 3)

para valgo. Na prática estes dois últimos são chamados de planos, quando o componente comum é o valgismo; na evolução do pé talo-valgo tece considerações sobre a palmilha-suporte, que deve ser manufaturada levando-se em consideração a unidade anátomo-funcional. Finaliza, concluindo que os recém-nascidos devem merecer exame mais cuidadoso dos pés, a fim de se surpreender um pé torto, mesmo simples, para se evitar agravamentos futuros, como se faz habitualmente com as coxofemoris, com o escopo de se diagnosticar uma pré-luxação congênita.

## Centro Médico de Ribeirão Preto

Reunião em 10 de junho de 1958

Presidente: *Dr. Luís Tarquino de Assis Lopes*

**Estudo do desenvolvimento, antes e durante a terapêutica substitutiva, em 11 casos de hipotireoidismo infantil.** Drs. José M. Tabosa Veríssimo, J. R. Woiski, Norberto Oliveira Neto, Olívio Paulus Jr., Gilberto R. Arantes e Beroaldo A. Jurema. — Foram estudados 11 casos de hipotireoidismo na infância com idade cronológica que variou entre os limites de 4 meses e 14 anos e 7 meses. O diagnóstico de insuficiência tireóidea se baseou principalmente no déficit estatural avançado, que em quase todos os pacientes observados era superior a 50%; no atraso acentuado da idade óssea, que de maneira geral foi superior a 80%; e na verificação bioquímica de hipofosfatemia e hipofosfataseia. Estes são os elementos essenciais utilizados na análise da evolução do desenvolvimento antes e durante a terapêutica substitutiva exclusiva. Como complemento ao diagnóstico, foram ainda investigados os dados da colesterolemia, que em nossa casuística não foram conclusivos, encontrando-se os resultados, realmente, na maioria das vezes, com variações oscilantes entre os limites normais para o método (Sheftel, 1944).

Por outro lado, apreciaram-se, igualmente, sintomas e sinais presentes

na insuficiência tireóidea. Os principais, pela ordem de frequência, foram: alterações cutâneas (pele seca, amarela, áspera, às vezes apresentando ictiose, com ou sem mixedema evidente); déficit mental; letargia; déficit do desenvolvimento neuromuscular; fácies cretinóide, protrusão da língua; cabelos secos e grossos; distensão abdominal; hipotonia muscular; constipação intestinal; anorexia; dentes mal implantados; hérnia umbilical; voz rouquenha.

Com a instituição da terapêutica substitutiva (tireóide dessecada em pó), está sendo observada a melhora ou o desaparecimento dos sintomas e sinais clínicos pertencentes à deficiência tireóidea e a evolução para os índices normais do crescimento e da diferenciação óssea, que em um dos casos ultrapassou nitidamente a idade cronológica. Acompanhando esta correção, a fosfatemia e a fosfataseia elevaram-se também, para os níveis próprios de crianças em fase de crescimento ativo. Este fato acontece porque na insuficiência tireóidea, existe incapacidade da hipófise em elaborar o hormônio somatotrófico, alteração esta reversível pelos efeitos da terapêutica substitutiva, que, se-



...combate os componentes  
psíquicos e físicos da

# equanitrate

## angina pectoris

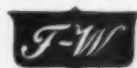
associação de  
**MEPROBAMATO  
E TETRANITRATO  
DE PENTAERITRITOL**

- controla o medo que provoca e agrava as crises de angina pectoris
- melhora a circulação coronária
- reduz a dor anginosa
- reduz a frequência das crises

# equanitrate

mais eficiente do que o  
tetranittrato de pentaeritritol  
isoladamente

VINDOS COM 30 COMPRIMIDOS



**Fontoura-Wyeth S.A.**

"TRADIÇÃO E QUALIDADE  
A SERVIÇO DA PRÁTICA MÉDICA"

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories - Philadelphia  
No Brasil: Ind. Farm. Fontoura-Wyeth S.A. - S. Paulo

gundo alguns, também sensibilizaria os tecidos do organismo à ação estimulante do hormônio de crescimento, havendo, portanto, sinergismo. Assim, seria o nanismo observado no hipotireoidismo primário, conseqüência de uma insuficiência somatotrófica secundária à deficiência tireóidea.

Desta maneira, o crescimento estatural e ponderal, assim como a elevação para os níveis normais do fósforo inorgânico e da fosfatase alcalina, seriam efeito do hormônio de crescimento, sendo o avanço da diferenciação óssea decorrência direta da ação do hormônio tireóideo.

Estes fatos já foram suficientemente demonstrados, entre nós, por Bottura (1954) na clínica, que chamou a atenção principalmente para a hipofatemia e sua normalização pela terapêutica tireóidea; este ponto não mereceu ainda a devida atenção na literatura.

Os autores tecem ainda comentários sobre as dificuldades diagnósticas em criança desnutrida, fato que ocorreu em um dos pacientes, apreciando o estudo do desenvolvimento nas sucessivas fases de desnutrição, sua correção e tratamento substitutivo tireóideo.

Analisam, por outro lado, os níveis de proteinemia, com a verificação dos níveis normais da albuminemia. Examinam os níveis normais da colesteroemia encontrados na casuística (8 em 11) e chamam a atenção que este encontro está de acordo com o pensamento atual, servindo o colesterol mais como controle de tratamento do que como fator fundamental para o diagnóstico.

Finalmente, apreciam a freqüência razoável com que estes casos têm surgido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (11 em menos de 2 anos de funcionamento).

**Apresentação de 2 casos de rim policístico; aspectos clínicos, radiológicos e funcionais.** Drs. Beroaldo A. Jurema e Domingos A. Lomonaco. — Caso I: Um homem de 38 anos foi acometido de processo gripal, com tosse seca e intensa que, após alguns

dias, foi acompanhada de dor nos hipocôndrios e no dorso. O médico que o examinou notou a presença de duas tumorações no abdome, uma em cada flanco. Sem qualquer outra manifestação foi encaminhado ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

No exame físico, além de hipertensão arterial (150-115 mm Hg), verificou-se apenas a presença de duas massas palpáveis, uma de cada lado da linha mediana do abdome, duras, de superfície ligeiramente irregular e bordos arredondados. Estendiam-se da arcada costal até às proximidades da espinha ilíaca ântero-superior, não ultrapassando medialmente os músculos retos abdominais e ocupando todo o flanco.

**Exame radiológico:** A chapa simples do abdome não permitiu concluir quanto às dimensões e contornos renais, chamando a atenção, porém, o borramento das imagens dos psoas e o abaixamento dos ângulos hepático e esplênico dos cólons. A urografia excretora mostrou fraca opacificação das árvores pielocaliciais, visibilizadas apenas 60 e 120 minutos após injeção do contraste. Todos os cálices à esquerda e apenas os medianos, à direita, apresentavam-se alongados, afilados, com sinais discretos de compressão extrínseca. **Retropneumoperitônio:** Aproveitando-se a opacificação dos rins foi feita a injeção de 1.400 ml de oxigênio, por punção subcoccígea segundo técnica de Rivas, no espaço retroperitoneal, conseguindo-se o descolamento dos rins, que apresentavam grandes dimensões e contornos bocelados. O rim direito media 280 x 125 mm e o esquerdo 260 x 125 mm, nos seus grandes eixos transversal e longitudinal. O grande eixo longitudinal dos rins apresentava-se paralelo à coluna.

**Provas de função renal:** Exame de urina: densidade 1010, ausência de proteínas e de substâncias reductoras; sedimento com 20 a 25 leucócitos e 4 a 6 hemácias por campo. Uréia: 83 mg/100 ml. Creatinina: 4,1 mg/100 ml. Prova de concentração urinária: densidade máxima 1008. Prova de diluição urinária: densidade mínima 1005. Clearance de uréia,



## mais resistente !

- ★ super-resistente, apesar de mais fino!
- ★ flexibilidade máxima - acompanha mesmo as menores dobras da pele!
- ★ aderência controlada, nem excessiva e nem reduzida! Desenrola-se facilmente, não ofende a pele ao ser retirada!
- ★ massa adesiva absolutamente branca. Não causa irritações, mantém por mais tempo sua aderência!
- ★ fácil de rasgar!
- ★ impermeabilidade total, uniforme e perfeita!



17,5% do normal. Prova da fenol-sulfonftaleína (intravenosa): excreção urinária em 15 minutos (3,9%).

**CASO 2:** Senhora de 42 anos, com história de dor surda, contínua, na região lombar esquerda, há 2 anos. Teve, nesse período, dois episódios de cólica intensa, na mesma região, irradiando-se para o flanco esquerdo, durante várias horas. Após uma das cólicas apresentou hematúria.

No exame físico notou-se de positivo a pressão arterial pouco elevada (140-100 mm Hg) e ambos os rins palpáveis, bastante aumentados de volume, de consistência dura e superfície irregular, com vários nódulos bem evidentes. O rim esquerdo era bastante doloroso à palpação e a manobra de Giordano era positiva à esquerda.

**Exame radiológico:** Na chapa de abdome, rins de grandes dimensões e borramento da imagem do psoas à esquerda. **Urografia excretora:** bacinetes e cálices deformados em ambos os lados, principalmente à direita, onde se observam nítidos sinais de compressão extrínseca, apresentando-se alguns cálices arqueados com contornos nítidos e precisos. Alongamento dos cálices inferiores esquerdos, que se apresentam arqueados e afilados em suas extremidades; ureter esquerdo desviado para a linha superior. **Retropneumoperitônio:** após injeção de 1.400 ml de oxigênio, segundo técnica de Rivas, evidenciaram-se nitidamente as grandes dimensões dos rins e numerosas boceladuras em seus contornos. Rim direito medindo 200 x 85 mm e rim esquerdo 230 x 95 mm, em seus eixos longitudinal e transversal. À esquerda evidenciaram-se nitidamente os contornos de uma formação cística, medindo 40 x 20 mm, exercendo compressão e deformando os cálices superiores direitos. O grande eixo longitudinal de ambos os rins não se apresenta paralelo à coluna.

**Provas de função renal:** Exame de urina: densidade 1012, ausência de proteínas e substâncias reductoras; sedimento com 2 a 6 leucócitos por campo. Uréia: 27 mg/100 ml. Creatinina: 1,2 mg/100 ml. Ácido úrico:

4,0 mg/100 ml. Fósforo inorgânico: 3,4 mg/100 ml. Prova de concentração urinária: densidade máxima 1022. Prova de diluição urinária: densidade mínima 1001. Clearance de uréia: 64% do normal. Filtração glomerular (medida pelo clearance da creatinina endógena): 60 ml/min. Prova de fenol-sulfonftaleína (intravenosa): excreção urinária em 15 minutos (26%).

**Comentários:** Os motivos da apresentação desses casos foram: 1) Sua raridade; 2) Para mostrar fases diferentes da evolução da insuficiência renal, para a qual caminha a grande maioria dos doentes com rim policístico bilateral. No caso 1 notou-se insuficiência renal acentuada, sem qualquer manifestação clínica. No caso 2 havia apenas diminuição da filtração glomerular e leve defeito da capacidade de concentração da urina. 3) Para evidenciar o valor do retropneumoperitônio no diagnóstico de rim policístico, permitindo avaliação das dimensões e das deformidades dos contornos renais. A urografia excretora no caso 1 foi de pouca valia em virtude da fraca densidade do contraste eliminado (insuficiência renal) e das pequenas alterações da árvore pielocalicial, presentes apenas em um rim. No caso 2 foi altamente sugestiva (quase conclusiva) em virtude das deformações conseqüentes às compressões pelos cistos.

**Contribuição para o planejamento de campanhas oficiais de controle sanitário da moléstia de Chagas no Estado de São Paulo.** Drs. Júlio Ferreira da Costa e Valdomiro José Ramos. — Com base em informações obtidas durante campanha oficial de controle sanitário da moléstia de Chagas no Município de Altinópolis (Estado de São Paulo), os autores terminam seu trabalho propondo as seguintes medidas:

1) Dada a grande disseminação da endemia chagásica por quase todo o País, o índice de fixação de complemento de uma comunidade — sobre o qual se assenta o levantamento preliminar do problema — deve ser

B  
e  
g  
l  
u  
c  
i  
l

# BEGLUCIL B1

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1 . . . . .	50 mg	100 mg
Vitamina C . . . . .	0,10 g	0,20 g
Cloridrato de Cisteína . . . . .	0,01 g	0,02 g

Em Glicose a 30 %

# BEGLUCIL 25 %

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1 . . . . .	0,0125 g	0,025 g
Vitamina C . . . . .	0,25 g	0,50 g
Cloridrato de Cisteína . . . . .	0,01 g	0,02 g

Em Glicose a 25 %

# BEGLUCIL 50 %

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1 . . . . .	0,0125 g	0,025 g
Vitamina C . . . . .	0,25 g	0,50 g
Cloridrato de Cisteína . . . . .	0,01 g	0,02 g

Em Glicose a 50 %



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier  
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Todos os produtos do Laboratório Xavier  
(João Gomes Xavier & Cia. Ltda.)  
são de propaganda exclusivamente médica.

sempre completado pelo levantamento do índice de autoctonicidade da infecção, considerando-se como critério o fato dos indivíduos examinados já mais se terem ausentado de seu habitat.

2) A desinsetização de uma dada área deve, sempre que possível, ser precedida de campanha de educação sanitária em profundidade tal que induza sobretudo a população local a "notificar" o achado subsequente de triatomídeos remanescentes nas habitações desinsetizadas.

3) A desinsetização deve sempre ser sucedida de vigilância armada em torno de possíveis focos residuais e/ou de eventuais reinfestações, tendo-se

em conta que as repartições sanitárias só devem exigir notificações de fatos de interesse epidemiológico em relação aos quais possam adotar medidas correlatas de profilaxia.

4) No que se refere ao Estado de São Paulo, que conta com uma unidade sanitária em cada um de seus Municípios, a vigilância armada ulterior às desinsetizações totais realizadas por seu Serviço de Profilaxia da Malária na base de uma vez por ano, deverá ser exercida pelas unidades sanitárias locais em caráter permanente e imanente, mercê de seu aparelhamento adequado e da utilização dos serviços dos fiscais sanitários nelas lotados.

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 26 de janeiro de 1959

Presidente: *Dr. Adhemar Nobre*

### Instalação da Semana de Cirurgia.

— Nesta reunião deu-se a solene instalação da Semana de Cirurgia, promovida pelo Sanatório São Lucas em comemoração do seu 20.º aniversário. Presidente Dr. Adhemar Nobre e Secretário Dr. Eurico Branco Ribeiro. A sala de reuniões estava repleta, contando-se entre os presentes os presidentes da Academia de Medicina de São Paulo e do Rotary Club de São Paulo e numerosos ex-estagiários do Sanatório São Lucas. Abrindo a reunião, o Dr. Adhemar Nobre disse do seu significado, salientando o trabalho executado pelo Sanatório São Lucas.

**20.º aniversário do Sanatório São Lucas.** — A seguir, em nome da administração do Sanatório, o Dr. Eurico Branco Ribeiro agradeceu a colaboração que a instituição tem recebido e que lhe permitiu chegar a ser o que hoje é — *Servidor emérito*. Aos que por mais de quinze anos vêm emprestando sua cooperação, o Sanatório São Lucas conferiu o título de "servidor emérito". Os diplomas foram entregues por D. Maria

Emília Ferreira Ribeiro às seguintes servidoras: Albertina Guimarães, Otília Griksis, Marcolina Nicoli, Delta Sauerbronn e Lucinda de Oliveira. A srta. Sônia Ribeiro, administradora do hospital, fez entrega dos diplomas aos seguintes médicos: Drs. João Noel von Sonnleithner, Paulo G. Bressan, José Saldanha Faria e Waldemar Machado.

**Fundação para o Progresso da Cirurgia.** — A seguir o Dr. Eurico Branco Ribeiro anunciou a instalação da Fundação para o Progresso da Cirurgia, cujas finalidades expôs, manifestando a esperança de que a iniciativa mereça o apoio dos que trabalham no Sanatório São Lucas e dos que vêm olhando com simpatia esta instituição.

**Virgem de São Lucas da Bahia.** — Dr. Eduardo Pinto de Vasconcelos, do Rio de Janeiro. O orador discorreu longamente sobre "a milagrosa virgem de São Lucas da Catedral da Bahia". Estudou o ambiente e discorreu sobre as várias hipóteses da origem do quadro existente no altar-mór da Catedral de Salvador.



TRIUNFANDO através dos tempos e de  
 geração em geração, como a linhagem  
 dos animais puro-sangue, CODEINA e  
 CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram  
 tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

# GOTAS IBEL

(CODEINA-CLOR. DE ETILMORFINA)



## FÓRMULA

Cloridrato de Etilmorfina ...	0,003 g.
Codeína .....	0,004 g.
Tintura de Lobelia .....	0,1 g.
Tintura de Grindelia .....	0,1 g.
Tintura de Crataegus .....	0,1 g.
Balsamo Tolu concentrado, q.s.	1 cc

## MODO DE USAR

### Adultos:

40 gotas em um cálice de água açu-  
 carada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo  
 critério médico.

### Crianças:

20 gotas a critério médico.

Receituário Livre

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**

R. Ruy Barbosa, 377 — Fones 36-8075 - 33-3426 — C. Postal 1874 — S. PAULO

**Jubileu de ouro profissional do Prof. Carmo Lordy.** — A seguir o Dr. João Noel von Sonnleithner, em nome do Sanatório São Lucas, proferiu brilhante discurso apreciando a personalidade do Prof. Carmo Lordy cujo jubileu de ouro profissional estava sendo comemorado. O Prof.

Carmo Lordy agradeceu a homenagem que lhe foi prestada, discorrendo depois, sobre a orientação que vem tendo o Serviço de Anatomia Patológica no Sanatório São Lucas, mostrando o interesse que apresenta num hospital de Cirurgia.

### Sessão de 27 de janeiro de 1959

Presidente: *Dr. José Ribeiro de Carvalho*

**Visita à Laborterapia.** — O secretário referiu-se à visita feita à Laborterapia Bristol em Santo Amaro, onde foi oferecido um almoço aos congressistas, falando em nome do Sanatório o Dr. José Saldanha Faria.

**Periarterite nodosa.** — Dr. Nelson Rodrigues Netto. O autor discorreu sobre a periarterite nodosa, referindo um caso de oclusão intestinal que o obrigou a extensa ressecção intestinal, com recuperação da paciente.

Discutindo o assunto o Dr. José Ribeiro de Carvalho referiu um caso operado no Sanatório São Lucas, há quase vinte anos, em que a paciente era portadora de arterite generalizada, sucumbindo à ressecção do delgado.

**Pancreatopias crônicas.** — O Dr. Paulo de Azevedo Antunes discorreu sobre pancreatopias crônicas, denominadas pancreatites crônicas. Apresentou classificação dos vários tipos de afecção crônica do pâncreas. Descreveu a sintomatologia e expôs as

várias provas que se aconselham para o diagnóstico.

O Dr. Azael Leistner discutiu a dificuldade do exame do pâncreas pelo cirurgião, quanto ao diagnóstico diferencial com o câncer. O Dr. José Ribeiro de Carvalho referiu-se ao tratamento das pancreatopias.

**Ciste do pâncreas.** — A seguir o Dr. Paulo G. Bressan, em seu nome e no do Dr. Moacyr Boscardin, discorreu sobre ciste do pâncreas, à luz de sete casos observados no Sanatório São Lucas entre 55 mil enfermos fichados. Em caso do Dr. Moacyr Boscardin somente foi possível fazer-se a drenagem. Em caso do Dr. Paulo G. Bressan, a extirpação da ciste foi possível.

O Dr. José Saldanha Faria recordou um dos casos citados na estatística do Sanatório São Lucas, chamando atenção para detalhes do exame radiológico. O Dr. Azael Leistner referiu-se à drenagem. E o Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se sobre as cistes papilíferas do pâncreas.

### Sessão de 28 de janeiro de 1959

Presidente: *Dr. Edison de Oliveira*

Deu-se prosseguimento à Semana de Cirurgia, com a presença de Don Vicente Zione, representante do Cardeal Arcebispo de São Paulo, presidente Dr. Edison de Oliveira, secretário Dr. Eurico Branco Ribeiro, que leu carta do Dr. Juan Carlos Guzzeth e telegrama do Dr. Hector Montoya, ambos da Argentina, manifestando pesar por não poderem estar agora

em São Paulo. Foi lido também um telegrama do Dr. Caldeira Algodão felicitando o Sanatório pelo seu 20.º aniversário.

**Exsanguíneo-transfusão.** — Na ordem do dia o Dr. Adhemar Albano Russi discorreu sobre "130 casos de hiperbilirrubinemia do recém-nascido com e sem incompatibilidade sangüí-

## ATUALIDADE!

Em uma só drágea

*Ação eutrófica, anabólica e anti-senil*

## NOVALDOZE DRÁGEAS

Cada drágea encerra:

Procaína .....	40 mg
Vitamina A .....	5,000 UI
Vitamina D <sub>2</sub> .....	500 UI
Vitamina B <sub>1</sub> .....	4 mg
Vitamina B <sub>2</sub> .....	1 mg
Vitamina B <sub>6</sub> .....	1 mg
Vitamina B <sub>12</sub> .....	1 mcg
Vitamina E .....	2 mg
Vitamina H <sub>1</sub> (Paba) .....	10 mg
Niacinamida .....	10 mg
Pantotenato de cálcio .....	5 mg
Etinil-estradiol .....	0,008 mg
Metil-testosterona .....	4 mg
Excipiente q. s. p. 1 drágea .....	400 mg



## NOVALDOZE INJETÁVEL

*Eutrófico de ação potencializada*

Cada ampôla A contém:

Vitamina B <sub>1</sub> .....	10 mg
Vitamina B <sub>2</sub> .....	5 mg
Vitamina B <sub>6</sub> .....	5 mg
Niacinamida .....	100 mg
Pantotenato de cálcio .....	100 mg
Veículo q. s. p. 1 amp. ....	1 cm <sub>3</sub>

Cada ampôla B contém:

Procaína .....	100 mg
Vitamina B <sub>12</sub> .....	50 mcg
Veículo q. s. p. 1 amp. ....	1,5 cm <sub>3</sub>

*Amostras e literaturas à disposição dos srs. Médicos*



**LABORATIL S. A. INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

Praça Benedito Calisto, 133 — Fones 8-2143 e 8-2144 — São Paulo (Brasil)

nea materno-fetal tratados pela exsanguíneo-transfusão. Alicerçado nessa grande experiência pessoal, o autor chamou a atenção para a gravidade e relativa freqüência da icterícia do recém-nascido. A prova de imunocorpos deve ser sempre investigada, pois é mais freqüente a incompatibilidade por tipo sanguíneo do que por Fator Rh. A vitamina K é capaz de desencadear a icterícia do recém-nascido. Teve o autor 2 óbitos durante a exsanguinação: 2 após, por motivo estranho à exsanguinação e 2 faleceram por tratamento tardio. O exame prenupcial e durante a gestação com a devida tipagem é a melhor medida profilática. Aparecendo a icterícia, a criança deve ser submetida a todos os testes, bem como a mãe. A indicação da exsanguinação é feita sempre que a taxa da bilirrubinemia sobe a 25 mgr. nos primeiros 4 dias de vida.

O assunto foi discutido pelos Drs. Moacyr Boscardin, Generoso Concílio e Waldemar Machado.

#### **Transfusões no Sanatório São Lucas.**

— A seguir o Dr. Gualberto Magalhães fez o histórico dos serviços de transfusão de sangue no Sanatório São Lucas, realçando a maneira como

tem sido feito. Foi lembrado que a primeira exsanguíneo-transfusão umbilical feita no Brasil foi realizada no Sanatório São Lucas pelo Dr. Arthur Biancalana.

A seguir foi exibido um filme sobre transfusão de sangue, demonstrando o apuro de técnica seguido no Banco de Sangue São Paulo, onde é de rotina a microrreação de Migliano para o diagnóstico da sífilis.

**Tireoidectomia.** — Em continuação o Dr. Moacyr Boscardin mostrou um filme tomado durante uma tireoidectomia por bócio coloide realizada segundo a técnica que usa.

**Histerectomias.** — O Dr. Waldemar Machado apresentou a estatística de histerectomias do Sanatório São Lucas, mostrando números e fazendo considerações.

O assunto foi discutido pelos Drs. Ademar Russi, Eduardo Pinto de Vasconcelos Filho e Generoso Concílio.

**Esplenoptose.** — Por fim o Dr. Eurico Branco Ribeiro apresentou um caso de esplenoptose com pedículo torcido simulando cistoma do ovário.

O caso foi comentado pelo Dr. João Dias Ayres.

### **Sessão de 29 de janeiro de 1959**

Presidente: *Dr. J. M. Cabelo Campos*

**Visita à Rhodia Brasileira.** — O secretário Dr. Eurico Branco Ribeiro relatou a visita feita às instalações da Rhodia Brasileira em Santo André, pelos membros da Semana de Cirurgia. Leu também um telegrama de felicitações do Dr. Francisco Perrone.

**Exame clínico posoperatório.** — Na ordem do dia o Dr. Fernando Freire de Souza discorreu sobre "o exame clínico preoperatório imediato", analisando a estatística dos últimos seis meses, em que pôde apreciar as relações entre o internista e o cirurgião.

**Reação de Migliano.** — O Dr. Luiz Migliano discorreu sobre a sua reação para o diagnóstico da sífilis, mos-

trando as modificações introduzidas na preparação do reagente a fim de torná-lo mais estável e duradouro. Referiu a divulgação que está tendo a aplicação prática da reação de Migliano.

**Cesarea posmorte.** — A seguir o Dr. Carlos Alberto Jurgielewicz apresentou um caso de cesareana posmorte com sobrevida da criança. Fez o histórico da cesareana em cadáver e referiu dados da literatura.

O caso foi comentado pelos Drs. José Saldanha Faria e Azael Leistner.

**Hospital São Lucas de Curitiba.** — O Dr. Antonio Jorge Ribeiro de Camargo exibiu um filme mostrando

o que é o magnífico hospital que construiu e dirige em Curitiba sob a proteção de São Lucas; todos os detalhes da organização foram focalizados.

O Dr. J. M. Cabelo Campos fez referências elogiosas ao Hospital São Lucas de Curitiba.

**A cirurgia em Itatiba.** — A seguir o Dr. Homero Novo Fornari, apresentou pormenorizada estatística do serviço cirúrgico da Santa Casa de Itatiba, fazendo comentários sobre vários casos interessantes.

Fizeram comentários sobre a apresentação do Dr. Fornari os Drs. Eurico Branco Ribeiro e J. M. Cabelo Campos.

**Cirurgia plástica e reparadora.** — Por fim o Dr. João Moura Britto Filho, de Curitiba, falou sobre a cirurgia plástica e reparadora, iniciando com um histórico dessa especialidade. Apresentou uma série de casos operados, mostrando os bons resultados.

O trabalho foi comentado pelos Drs. Salvador Antonio Sabino e João Dias Ayres.

### Sessão de 30 de janeiro de 1959

Presidente: *Dr. Ernesto Affonso de Carvalho*

Reunião penúltima da Semana de Cirurgia comemorativa do 20.º aniversário do Sanatório São Lucas. O secretário Dr. Eurico Branco Ribeiro leu cartas e telegramas de felicitações do Dr. Carlos Burgos, de Amparo; de Vicente Amato Usafarma e de Walter S. A.; telegrama do Dr. José Mendes Arcoverde, de Paranavai, Paraná, excusando-se de comparecer; finalmente carta do Secretário da Associação Médica Brasileira, Dr. Dorival Cardoso comunicando que o Dr. Fausto Figueira de Mello representaria aquela entidade na Semana de Cirurgia.

**Abaixamento do transverso ao anus.** — Iniciando-se a parte científica, foi exibido um filme de operações do Dr. Edison de Oliveira sobre "abaixamento do transverso ao anus" em caso de moléstia de Nicolas-Favre, com conservação do esfíncter anal, com resultado à distância muito bom.

**Tumor viloso do reto.** — A seguir o Dr. Edison de Oliveira, no seu nome e no dos Drs. Nelson Celso e Werneck de Lima, discorreu sobre "tumor viloso no reto e sigmoide", à luz da observação de 4 casos. Apresentou os característicos de cada caso e a orientação do tratamento seguido. O trabalho foi comentado pelo Dr. Adalberto Leite Ferraz, que citou dois casos de observação pessoal.

**Colite ulcerativa.** — A seguir o Dr. Azael Leistner falou sobre "colectomia total e outros tipos de cirurgia ampla na colite ulcerosa inespecífica", mostrando a sua experiência pessoal em 4 casos, cuja seqüência explanou.

O Dr. Edison de Oliveira discutiu a questão do tratamento da colite ulcerativa, analisando as várias condutas cirúrgicas.

Pelo Dr. Salvador Antonio Sabino foi discutida a questão do tipo de lesão que se encontra na colite.

A questão técnica foi discutida pelo Dr. Adalberto Leite Ferraz.

Acentuou o agravamento dos casos com a conduta conservadora, o Dr. Azael Leistner.

O Dr. Ernesto Affonso de Carvalho referiu-se à oportunidade da enterostomia nos casos de colite ulcerativa.

**Hemorroides.** — O Dr. Adalberto Leite Ferraz fez crítica de várias operações para o tratamento de hemorroides, descrevendo, por fim, a técnica de Granet, que experimentou em vários casos cujos resultados apresentou.

A operação de Granet foi criticada pelo Dr. Edison de Oliveira.

**Fístula reto-vaginal.** — Por fim o Dr. José Ribeiro de Carvalho apresentou um trabalho sobre fístulas

reto-vaginais, em que tratou da etiopatogenia da condição.

O Dr. Edison de Oliveira comentou o trabalho, discutindo questões de técnica.

### Sessão de 31 de janeiro de 1959

Presidente: *Dr. Nelson Cayres de Britto*

Pelo secretário Dr. Eurico Branco Ribeiro, foi lido um telegrama de felicitações do Dr. Francisco Beiró, do Recife.

**Alterações radiológicas do antro-gástrico.** — O primeiro orador foi o Dr. J. M. Cabelo Campos que discorreu sobre "alterações radiológicas do antro gástrico, apresentando numerosas radiografias ilustrativas das suas palavras.

**Exame radiológico do estômago.** — A seguir o Dr. Jacyr Quadros falou sobre recursos auxiliares úteis no diagnóstico radiológico das lesões gastro-duodenais". Passou em revista vários medicamentos, que podem ser usados como auxiliar do diagnóstico das lesões gastro-duodenais. O Buscopan, por exemplo, dá um relaxamento de parede que permite excelente visualização de divertículo do duodeno. A insuflação e o pneumoperitônio são recursos às vezes de grande utilidade.

As comunicações dos Drs. Cabelo Campos e Jacyr Quadros foram comentadas pelos Drs. Eurico Branco Ribeiro e Nelson Cayres de Britto.

**Anestesia em cirurgia gástrica.** — A seguir em seu nome e no do Dr. Roberto Deluca, o Dr. John Benjamin Kolb falou sobre anestesia em cirurgia gástrica, apreciando a estatística do Sanatório São Lucas e traçando a orientação ali seguida.

O Prof. Benedito Montenegro fez considerações de ordem técnica, assinalando as vantagens de descolamento submucoso do duodeno. O Dr. Nelson Cayres de Britto ressaltou o valor de um serviço de anestesia bem conduzido e consciente dos seus mistérios.

O Dr. Waldemar Machado salientou a coincidência de conduta entre a sua e a do Dr. Ribeiro de Carvalho, no tratamento das fístulas reto-vaginais.

**Gastrectomia à Billroth I.** — Dr. Nicola Gabriele. O Dr. Moacyr Boscardin apresentou em nome do autor uma estatística de 23 casos de ressecção gástrica, seguida de reconstituição à Billroth I. O autor conclui favoravelmente a essa tática cirúrgica. O Dr. Moacyr Boscardin citou seis casos pessoais de Billroth I, mostrando uma sequência operatória pouco contraditória, em que o fio de sutura produzia estenose da boca.

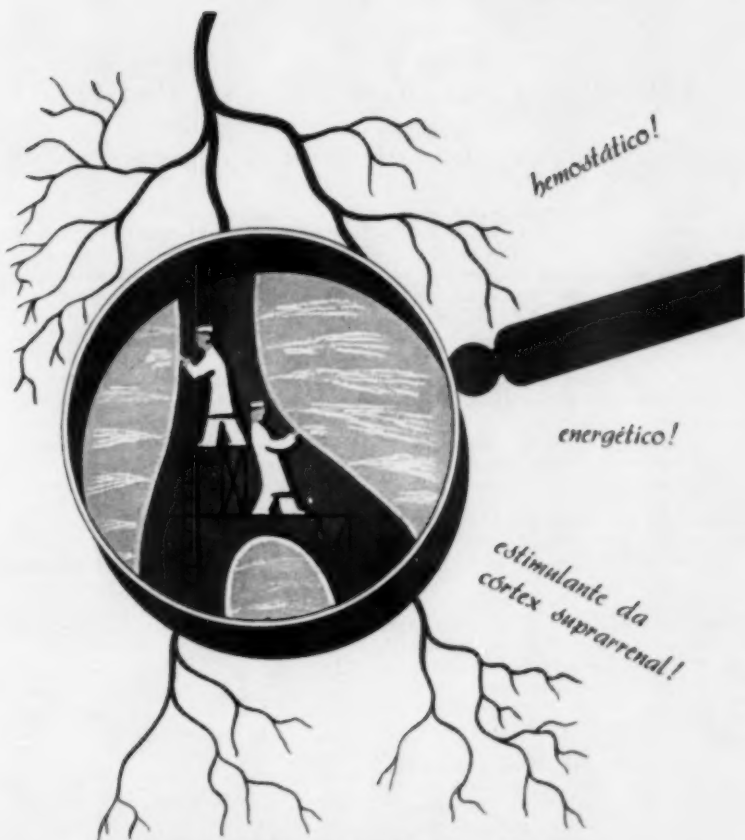
O Prof. Benedito Montenegro recordou as primeiras ressecções que fez e nas quais empregou o Billroth I, tendo abandonado essa técnica para adotar o Polya.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro mostrou os inconvenientes da técnica à Billroth I.

O Dr. Nelson Cayres de Britto salientou a personalidade do Prof. Benedito Montenegro, a quem deu a palavra para encerrar a Semana de Cirurgia.

**A gastro-enterologia como especialidade.** — O Prof. Benedito Montenegro discorreu sobre "o papel do cirurgião no desenvolvimento da gastro-enterologia como especialidade. O ilustre professor estendeu-se em considerações históricas, salientando o valor da observação e da experimentação dos cirurgiões para o progresso da gastro-enterologia. Ao terminar a leitura de sua conferência, o Prof. Benedito Montenegro recebeu vibrante salva de palmas.

Encerrando a reunião e a Semana de Cirurgia, o Dr. Nelson Cayres de Britto estendeu-se em considerações sobre a situação atual da cirurgia e salientou o valor da criação da Fundação para o Progresso da Cirurgia, prevendo amplos horizontes para a nova instituição.



# PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo  
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,  
cirúrgico e decorrente de queimaduras).  
Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.**

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO



## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental**, Vol. XXI, n.º 3-6, maio-dezembro de 1958. Estado atual do conhecimento das anastomoses arterio-venosas — Drs. Waldomiro de Paula, Saturnino Cintra Franco e Ddo. Hans Wolfgang Halbe; Vólvulo do colo direito (vólvulo do cego) — William Saad Hosne, Oswaldo Mesa Campos; Aspectos gerais da anestesia para laminectomia — Edmundo Juarez; Considerações sobre o emprego de um extrato de tecidos em geriatria — Dr. José Ricardo Alves Guimarães.

**Boletim de Oncologia**, Vol. 37, n.º 4, abril de 1959. A universalidade do problema dos tumores malignos e a "União Internacional contra o câncer" — Prof. Antônio Prudente; Tratamento dos tumores da região labial — Drs. Josias de Andrade Sobrinho e Cláudio Hamilton Faccio; 180.ª reunião anátomo-clínica — Tumor renal de Wilms irradiado e operado — Hospital A. C. Camargo.

**Caderno de Terapêutica Labor**, Vol. IV, n.º 6, 1959. Tratamento da tricomonase vaginal por um novo antibiótico — Dirce de Camargo Rodrigues; Tratamento da Esquistossomose Mansônica — João Alves Meira; Perfusão contínua intra-arterial de solução vaso-dilatadora e anticoagulante nas obstruções agudas e arteriopatas obliterantes — Prof. Mário Degni, Drs. J. C. Figueiredo, O. de Almeida, P. Nunes e W. Lanfranchi; Ação "in vitro" da Tetraciclina e Kanamicina sobre microorganismos isolados de pneumopatias não tuberculosas. Luiz Carlos de Barros, José Abreu Citângolo e Gelson Arantes Lima.

**Publicações Médicas**, Ano XXX, n.º 204. Um novo antibiótico com poderosa ação amebicida — Orimar Ramos; Nota prévia acerca do tratamento da úlcera gastroduodenal pela hibernoterapia superficial prolongada — Bernardo de Oliveira Mar-

tins; Farmacodinamia das arilsulfonamidas hipoglicemiantes — A. Loubatières; Caso singular de infestação por mósca do gênero Dermatobia — Wilson Junqueira de Andrade.

**Resenha Clínico-Científica**, Ano XXVIII, 5-6, maio-junho 1959. Os agentes hipoglicemiantes ativos por via oral — Piero P. Foá e Giorgio Galansino; Fisiopatologia e clínica das formas diabéticas — Giorgio Dominici; Síndrome ciática, Recentes progressos da Pedriatria, Fisiologia das cordas vocais, A imunidade natural — Wilson Cossemelli.

**Revista da Associação Médica Brasileira**, Vol. 5, n.º 2-3, abril-junho 1959. Aspectos da ultra-estrutura do tecido nervoso — B. Oliveira Filho, A. Vallejo-Freire e P. S. Santos; O plexo de Auerbach e a aperistalse do esôfago — Aristóteles Brasil; Síndrome cístico-vesicular por bloqueio mecânico — D. Vasconcellos, F. L. Castro e E. Chaves; Contribuição para o estudo da tricomonadase vaginal. V.

O papel da *T. vaginalis* e das espécies de *Candida* na etiologia das leucorréias — M. P. Barreto, H. Zago Filho, P. V. Oliveira, W. Marques, J. Saquis, J. Guimarães e E. Villa; Experiência terapêutica com o novo amebicida — 5,6 Quinono — 4,7 fenantrolina — F. C. Prado, M. P. Vilela, S. Lindenberg, H. Pucci, P. E. de Carvalho e W. P. Leser; Considerações sobre o síndrome hipoglicêmico — L. Decourt e D. Rosenberg; Resultados obtidos com prednisona em reumatologia — F. Nebó e G. Spilbhorgs; O que todo médico deve saber sobre as causas oculares de dores de cabeça — M. E. Alvaro.

**Revista do Hospital das Clínicas**, Vol. XIV, n.º 3, maio-junho 1959. Protusão intrapélvica do acetábulo; considerações sobre 3 casos tratados cirurgicamente — F. E. Godoy Moreira e Flávio Pires de Camargo;

*E...  
tudo foi bem*



# SLOPART

Princípio ocitócico do lóbulo posterior de hipófise



INDUSTRIA FARMACÊUTICA ENDOCHIMICA S. A.

Avenida S. Amaro, 1239 - Telefone: 61-1127 - São Paulo - Brasil

Rio - Porto Alegre - Curitiba - Uberlândia - Belo Horizonte - Salvador - Recife  
Fortaleza - Belém

**Quando estiver indicado  
hormônio de lobo posterior de hipófise . . .  
de atividade controlada**

**Caixas de  
5 e 100 ampolas  
de 0,5 cm<sup>3</sup>**

# **SLOPART**

**Hormônio de lobo pós-hipofisário  
ENDOCHIMICA**

SLOPART é hormônio de lobo posterior de hipófise, obtido de glândulas pituitárias frescas, retiradas imediatamente após o abate de bovídeos nos mais renomados frigoríficos de São Paulo. Seus processos de extração e purificação obedecem às rigorosas especificações do Department of Biological Standards of the National Institute of Medical Research de Londres.

Sua maior atividade se explica pela rigorosa técnica e aparelhagem empregadas no seu preparo, bem como pela sua preparação local, que permite fornecimento de produto recentemente preparado.

## **INDICAÇÕES**

**INÉRCIA E/OU HEMORRAGIAS UTERINAS  
ATONIA E ESTASE INTESTINAL — DIABETE INSÍPIDO  
RETENÇÃO DE URINA PÓS-OPERATÓRIA  
ZONA ZOSTER**

**MODO DE USAR:** Aplicar, *antes do parto*, doses pequenas de 0,2 a 0,5 cm<sup>3</sup>, que podem ser repetidas cada 30 a 40 minutos em caso de inércia uterina e ruptura das membranas. No pós-parto, SLOPART é útil no tratamento de hemorragias, considerando-se a grande sensibilidade do útero esgotado. As injeções devem ser aplicadas por via hipodérmica. Nas outras indicações, uma ou mais ampolas por dia, intramusculares.

**CONTRA-INDICAÇÕES:** Primeira fase do parto, obstáculos mecânicos (tumores ou posição imprópria do feto), afecções cardíacas.



**INDÚSTRIA FARMACÊUTICA ENDOCHIMICA S.A.**

**SÃO PAULO**

**Rio - Porto Alegre - Curitiba - Uberlândia - Belo Horizonte - Salvador - Recife  
Fortaleza - Belém**

Sarcoma osteogênico justa-cortical; considerações sobre 4 casos — Flávio Pires de Camargo e Godofredo C. N. de Souza Elejalde; Osteoblastoma benigno — Godofredo C. N. de Souza Elejalde e Mário Andreucci; Reparação primária de nervos e tendões na mão — Lauro Barros de Abreu; Indicações de artrodese e da tenodese no tratamento das lesões dos tendões flexores dos dedos — Lauro Barros de Abreu; Tratamento cirúrgico do pé torto congênito — Manlio Napoli; Anquilose do joelho em recurvatum extremo; considerações sobre três casos — Francisco A. S. Cafalli; Osteomielite pseudo-tumoral — Milton Peixinho; Avaliação dos resultados da neurotomia do obturador; estudo sobre 51 neurotomias em 30 casos de paralisia cerebral do tipo estático — Enéas Brasilense Fusco; Pré-operatório em ortopedia — João Andrade de Souza Júnior; Considerações sobre alguns aspectos do exame do líquido cefalorraquidiano em 500 casos de poliomielite anterior aguda de forma paralisica — Wilson Valente da Silva e Wanda Eugénia Neves; Aparelhos ortopédicos para o membro inferior — Roberto Taliberti; luxação simultânea bilateral do ombro; revisão da literatura; apresentação de 9 casos — Eurico Toledo de Carvalho, João de Azevedo Lage e João Vicente Barbosa; Esmagamento do braço; considerações sobre um caso — Eurico Toledo de Carvalho, João de Azevedo Lage e Arnaldo Amado Ferreira Filho; Cisto epidermóide intra-ósseo na falange ungual do dedo anular esquerdo — Paulo Giannotti.

**Suplemento da Revista do Hospital das Clínicas, Vol. XIV, supl. 3, 1959.** Ruptura espontânea das vias biliares (Discussão) — Paulo D. Branco, Mânlio B. Speranzini e Geraldo Modesto de Medeiros; Tétano do recém-nascido — Dácio Pinheiro; Quais os elementos fundamentais para o diagnóstico diferencial do ictu apoplético? — Luís Marques de Assis; Simpósio sobre cardiopatias congênitas (continuação); Coartação da aorta; aspectos cirúrgicos — E. J. Zerbini; Persistência do canal arterial; fisiopatologia e hemodinâmica — M. F. Lion.

**Revista Paulista de Hospitais, n.º 3, março de 1959.** Reabilitação e hospital — Dr. Geraldo Silva Ferreira; Instituto Nacional de reabilitação — Prof. F. E. Godoy Moreira; Reabilitação dos incapacitados — Dra. Lourdes F. Carvalho; Laboratório à prova de germes; Infecções cruzadas; Elegibilidade de casos para reabilitação — Dr. Roberto Taliberti; A reabilitação nos centros industriais da Grã-Bretanha; O trabalho em equipe na reabilitação — Dr. Robin F. Hindley Smith; Fisioterapia — Karin Lundborg; O perigo das radiações; Serviço de enfermagem em reabilitação — Celina de Arruda Camargo; A enfermeira não pode abandonar o seu posto; Serviço social num centro de reabilitação — Luiza Banducci; Cursos para técnicos em fisioterapia e terapia ocupacional do INAR — Dr. Waldo Rolin de Moraes; Oficina ortopédica — Erik Kistein Jensen; Aspectos profissionais de reabilitação — J. A. Humphreia — Wilma Seabra Mayer, Otto M. da Silva; Serviço de terapia ocupacional — Neyde Tossatti Hauck; O psicólogo a serviço de reabilitação — Mathilde Neder; A reabilitação e a indústria; Terminologia em reabilitação — Dr. Robin Mindley Smith, Dr. Roberto Taliberti, Dr. Odair Pacheco Pedroso.

**Revista Paulista de Medicina, Vol. 54, n.º 6, junho de 1959.** Tratamento cirúrgico do câncer em face das novas aquisições da oncologia — Antonio Prudente; Colangiografia operatória — David Rosenberg; Tratamento cirúrgico da hipertensão portal pela anastomose esplenorenal — Fábio Schmidt Goffi, Luciano de Castro Silva, Ermettis Ferrarini, J. B. São Thiago e Eurico da Silva Bastos; Algumas observações sobre a ligadura das artérias mamárias no tratamento da insuficiência coronariana — Nairo França Trench e Miguel Falcí; Tratamento cirúrgico da hipertensão portal — David Rosenberg; Síndrome de Bloch-Sulzberger (incontinentia pigmenti). Considerações sobre um caso — Vinício de Arruda Zamith e Luiz Augusto Monteiro de Toledo; Nevo siringoadenóide cístico (hidradenoma eruptivo) — A. Rotberg e N. Domite; As hematórias na hemofilia — Luiz Gonzaga Murat; Erros terapêuticos

(conferência) — Jairo Ramos; Resultados do psicograma de Rorschach em pacientes de psicoses degenerativas (Kleist) — Anibal Silveira; Psicoses degenerativas (fasofrenias) de Kleist — Roberto Tomchinsky; Esquizofrias — Spartaco Vizzotto; Desordens paralógicas e alógicas do pensamento — Isaias Melsohn; Participação do cerebelo na patogenia do câncer — Noemio Weniger; A osteotomia subtrocanterica na moléstia de Perthes (nota prévia) — João de Vincenzo; Colagenoses: um conceito errado da patologia — Ruy Piazza; Importância da prova de Waaler-Rose no diagnóstico da artrite reumatóide — Luiz R. Trabulsi, Castor Cobra, A. Buionconti, Hernani d'Auria, Sergio Ruiz e Schlioma Zaterka; Curvas glicêmicas, fosfatêmicas e calcêmicas após sobrecarga glicídica — Raphael Gianella; Imunização em pediatria: as-

pectos microbiológicos e imunológicos — Carlos da Silva Lacaz; Esquema de imunização em pediatria — Azarias de Andrade Carvalho; Complicações neurológicas pós-vacinais — Antonio B. Lefèvre; Hepatite na infância: aspectos clínicos — Ariosto Martirani; Hepatite por vírus: diagnóstico — Rubens Xavier Guimarães; Tratamento da hepatite viral — M. Aparecida Sampaio Zacchi; Neobexiga ileal (técnica de Bricker) — Alfredo Duarte Cabral, Gilberto Meneses de Góes e José Roberto de Freitas Azevedo; Nefrectomia com ressecção da veia cava inferior por neoplasma — Roberto Rocha Brito e Nelson Caprini; Orientação geral no tratamento de tumores do rim — Darcy Villela Itiberê; Resultados em 10.000 exames de fezes na região de Piracicaba — Plínio Alves de Moraes e Ben-Hur Carvalhaes de Paiva.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

**Orientação do governo estadual na assistência hospitalar.** — A Associação Paulista de Medicina manifestou o propósito da orientação do governo em relação ao problema da assistência hospitalar ao divulgar o documento abaixo:

"A Associação Paulista de Medicina não poderia permanecer afastada e deixar de expressar o seu pensamento acerca da orientação seguida pela Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, no que se refere aos problemas de assistência hospitalar.

A experiência tem fartamente demonstrado que a manutenção de hospitais diretamente administrados pelo Estado não encontra relativa correspondência aos resultados proporcionais que poderiam esperar em benefício das populações necessitadas dessa espécie de assistência.

Essa deficiência decorre, naturalmente, de onus irremovíveis que sobrecarregam o serviço público, tornando-o sempre desvantajoso em confronto com os particulares ao exercício de atividades congêneres.

A Associação Paulista de Medicina manifesta, pois, o seu integral apoio à política administrativa adotada pelo sr. governador Carvalho Pinto e pelo sr. secretário da Saúde sr. Fauze Carlos, no sentido de prestar assistência hospitalar através as entidades particulares, subvencionando-as substancialmente, a fim de proporcionar-lhes todos os recursos necessários para ampliações e aprimoramento dos seus padrões técnicos e científicos. Aliás, é ponto pacífico, que a assistência prestada desse modo, custa aos cofres públicos, muito menos, podendo-se estimar ser de oitenta por cento (80%) a economia.

Mesmo apoiando o princípio de que a assistência hospitalar deve ser prestada pelo governo através das entidades privadas, desejamos ressaltar o problema das doenças mentais, tuberculose e lepra, para as quais, pelos seus aspectos peculiares, achamos que o governo deve assumir a direta responsabilidade da construção de hospitais especializados".

## "NOTAS DE FITOTERAPIA"

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

1.<sup>a</sup> edição — 1942 (esgotada).

FARMCO. RAUL COIMBRA

2.<sup>a</sup> edição (revista e aumentada) 1958 — pelo

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica e Livre-docente de Farmacognosia na Universidade do Brasil).

432 páginas ★ Preço: Cr\$ 400,00

~ ☆ ~

*Edição do*

**LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.**

Caixa postal, 163. End. Electr. "BIOLABO" — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292

## Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa

### Comemoração do 1.º Centenário.

— Em comemoração ao 1.º Centenário da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência de São Paulo, a Sociedade dos Médicos daquele hospital está promovendo uma Semana Médica que visa reunir os médicos que trabalham ou trabalharam nas Beneficências Portuguesas do Brasil.

O certame está despertando grande interesse no meio médico, contando já com a cooperação de destacados elementos desta capital. Haverá demonstrações cirúrgicas, exibição de filmes científicos, conferências e apresentação de temas livres. O certame irá de 28 de setembro a 4 de outubro do corrente ano.

## GONGRESSOS MÉDICOS

### 8.ª Jornada da Federação das Sociedades de Otorrino e Broncoesofagologia do Brasil

**Sua realização em Porto Alegre (R. G. do Sul)** — Conforme deliberação tomada pelo órgão máximo, foi escolhida a cidade de Porto Alegre, Capital do Rio Grande do Sul, para a realização do importante conclave. Visando atender os interesses de seus participantes e auscultando-lhes as possibilidades, foram marcados os dias 5, 6 e 7 de setembro p. vindouros.

A sessão de abertura, solene, será realizada no dia 4 de setembro, às 22,00 horas, começando os trabalhos científicos no dia 5, pela manhã, às 8,00 horas. Haverá sessões pela manhã, à tarde e à noite; da mesma forma cursos paralelos, de curta duração, ministrados pelos membros participantes que assim o desejarem.

Foram expedidos convites pessoais, na medida do possível, a todos os colegas da Argentina, Chile, Paraguai, Uruguai e Brasil.

Estão em plena atividade as Comissões de Recepção e Acomodação, de Finanças, Científica, Social, dos Anais e de Publicidade, contando, ao todo 21 colegas que se reúnem às segundas-feiras na AMRIGS, para tratar de organizar da melhor forma aquele certame.

A Comissão Social, já esquematizou, dinâmico programa para atender às sras. dos participantes, constando d'êles, passeios pela cidade, horas de arte, ballet, passeio fluvial, concerto da OSPA, banquete, passeio a Caxias do Sul etc.

Oportunamente, novas informações serão prestadas sobre as jornadas.

Pede-se aos colegas que desejarem apresentar trabalhos, encaminhar a correspondência para o Prof. Moisés Cutin — Rua Uruguai, 240. 10.º andar — Ed. Uruguai, Porto Alegre.

## "A Cirurgia no Sanatório São Lucas"

2 VOLUMES

Preço Cr\$ 700,00



# QUEMICETINA SUCCINATO

CARLO ERBA



O primeiro cloranfenicol hidrossolúvel permitindo **qualquer via de administração**:

- endovenosa
- por fleboclise
- intramuscular
- endoarterial
- endorraqueana
- tópica, superficial e endocavitária
- endobronquial (por instilação e aerosol)

O antibiótico de **maior campo de ação**, praticamente isento de toxidez.  
A  $DL_{50}$  da QUEMICETINA SUCCINATO é de 1000/1500 mg/Kg,  
por via endovenosa

(CHECCACCI L., "Minerva Médica", XLIX, 1958)

Frasco-ampôla com 1 g — Frasco-ampôla com 0,250 g  
de cloranfenicol sintético levógiro, **liofilizado**,  
acompanhados de ampolas de soro fisiológico.

QUEMICETINA ERBA tem a linha mais extensa de apresentações:

- \* QUEMICETINA DRÁGEAS
- \* QUEMICETINA POMADA DERMATOLÓGICA
- \* QUEMICETINA POMADA NASAL
- \* QUEMICETINA OFTÁLMICA (Pomada e Colírio)
- \* QUEMICETINA SOLUÇÃO OTOLÓGICA
- \* QUEMICETINA SUPOSITÓRIOS
- \* QUEMICETINA GINECOLÓGICA (Óvulos e Velas)
- \* QUEMICETINA XAROPE



*Carlo Erba do Brasil S.A.*  
*Indústria Químico Farmacêutica*

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista  
Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

## II Congresso Latino Americano de Anatomia Patológica

(2.<sup>a</sup> Reunião da Sociedade Brasileira de Patologistas)

**Conclusão dos trabalhos apresentados.** — SALAS M. Maximiliano (México, D. F.): *Patología de las anomalías de desarrollo de vías biliares en los niños. Análisis de cuarenta y cinco casos y revisión de algunos conceptos del proceso patológico.* — La atresia de vías biliares representa una anomalía de desarrollo que se caracteriza por la falta de formación de luz en los conductos del sistema, ya sea completa o parcialmente, en las vías extra o intrahepáticas o en ambas a la vez; el resultado es la obstrucción permanente del flujo biliar, desde el nacimiento, con todas sus consecuencias. Desde el punto de vista patogénico, se considera que la detención en el desarrollo del sistema excretor de la bilis durante el período sólido de los conductos sería la mejor explicación de la atresia; la asociación frecuente con otras anomalías de desarrollo estaría en apoyo de la tesis disontogenética. Por lo que toca a su etiología, se han invocado numerosos factores como responsables de estas anomalías, pero ninguno ha tenido confirmación plena; la peritonitis fetal, la sífilis prenatal, la hepatitis infecciosa y la colangitis ascendente son unas cuantas de las múltiples hipótesis causales en espera de comprobación. Respecto a incidencia, se señala 1 caso de anomalías de desarrollo en vías biliares por cada 25.000 nacimientos aproximadamente; se desconoce si el factor sexo tiene alguna relación con esta anomalía y no se sabe si el factor herencia se asocia en alguna forma con la aparición de dicha anomalía. La atresia de vías biliares extrahepáticas es con mucho la forma más frecuente de esta anomalía y casi la única observada en esta serie. Anatomopatológicamente se encontró substitución de las vías biliares por cordones fibrosos, hígado aumentado de volumen y consistencia

con superficie finamente nodular y color verde obscuro; al corte, la superficie de sección mostró áreas verdes y grisáceas. Al examen microscópico se encontró fibrosis peri e intralobulillar, pérdida de la relación centrolobulillar, distorsión de la arquitectura lobulillar, necrosis y regeneración hepatocelular, además de las estasis biliar. Clínicamente la ictericia fué temprana, persistente y progresiva; se inició generalmente después de la primera semana y se acompañó de acolia y coluria; la cirrosis hepática se hizo aparente desde los dos meses de edad por término medio y tardíamente se acompañó con frecuencia de várices esofágicas, ascitis y esplenomegalia congestiva. La supervivencia fué de seis meses como promedio y la causa de la muerte correspondió en primer lugar a insuficiencia hepática.

SALFELDER, K. (Merida, Venezuela): *Aspergilosis pulmonar.* — Se presentan 2 observaciones de aspergilosis pulmonar secundaria en las cuales se encontraron hallazgos más bien excepcionales:

En un lóbulo pulmonar resecado pudo comprobarse en una cavidad drenada por bronquios que se había desarrollado a partir de una bronquiectasia crónica circunscrita, fuera de un conglomerado de aspergilos con conidioforos típicos, un grano de arena el cual se analizó y reconoció como tal, químicamente.

La aspiración de éste cuerpo extraño, aparentemente se había efectuado hace aproximadamente 15 años.

La segunda observación representa una aspergilosis pulmonar a partir de una neumonía crónica. Se hallaron además colonias de aspergilos a nivel de la pleura que, macroscópicamente parecía una siembra tumoral o tuberculosa.

SALLES GOMES, Luiz F., PIMENTA DE CAMPOS, E. e ANGULO, Juan J. (São Paulo, Brasil): *Blastomicose complicada com varíola*. — Um indivíduo, com quadro clínico de varíola atípica, veio a falecer. Na necrópsia constataron-se nódulos generalizados principalmente no fígado e baço. Enfartamento ganglionar principalmente gânglios mesentéricos notándose neste ponto necrose. O quadro era similar ao da tuberculose generalizada. Microscópicamente essas lesões eram constituídas por granulomas blastomicóticos com presença de numerosas paracoccidíides brasilienses em meio das áreas de necrose. As primeiras lesões cutâneas examinadas histologicamente mostraram granulomas blastomicóticos típicos. Foi isolado e identificado o vírus da varíola de material cutâneo. Outras lesões cutâneas, ulteriormente examinadas histologicamente, mostraram a coexistência, em áreas contíguas, de lesões típicas de varíola, inclusive com corpúsculos de Guarnieri e lesões blastomicóticas típicas com presença de paracoccidíides.

SANTOS SOARES, Fausto e BARRETO NETTO, M. (Rio de Janeiro, Brasil): *Mesotelioma da pleura*. — Os autores estudam quatro casos de mesotelioma pleural. Discutem o problema do reconhecimento dessa entidade, bem como o seu diagnóstico diferencial com outros tumores de tipo indeterminado.

Após revisão da bibliografia correspondente e discussão dos casos observados, os autores concluem pela real existência do mesotelioma pleural, documentando as suas variedades histológicas.

SCHÜRMANN, Richard e PACHALY, Lieselotte (Concepción, Chile): *Sobre pulmones en panal de abejas post tratamiento tuberculoestático*. — En los últimos años la patología se ha enriquecido con un nuevo ramo: Se trata de la investigación y descripción de las transformaciones que sufren los cuadros patológicos clásicos bajo la influencia de tratamientos modernos, especialmente con antibióticos. Para este concepto el patólogo alemán Doerr ha creado la ex-

presión "patomorfosis". Meessen fué quien por primera vez habló de este problema. Los patólogos alemanes han dedicado su trigésimo noveno congreso en el año 1955 a la *patomorfosis* de los cuadros patológicos.

Nosotros queremos contribuir al problema de la *patomorfosis* con el ejemplo de los pulmones en panal de abejas (honeycomb lungs) que pueden desarrollarse en algunos casos de tuberculosis después del tratamiento tuberculoestático. Podemos presentar dos ejemplos. Los pulmones en panal son adquiridos y han sido mencionados por diversos autores en los últimos 10 años. Es necesario diferenciarlos claramente de los pulmones quísticos congénitos, con los cuales no deben confundirse. Han sido descritos en general en relación con inflamaciones granulomatosas de los pulmones y en muy pocos casos también en relación con la tuberculosis pulmonar.

Podemos informar de dos niños, en los cuales se han desarrollado en corto tiempo pulmones en panal durante el tratamiento tuberculoestático y durante la curación precoz de la tuberculosis. Se trata de dos niños tuberculoestáticos con extensa tuberculosis post-primaria que habían sido tratado con altas dosis de estreptomina e INH durante los 39 y 56 días antes de su muerte respectivamente. En la autopsia los pulmones ofrecían el siguiente cuadro:

Extensa formación de panales que se sobreponen parcialmente, entre ellos se ve tejido pulmonar fibrótico cirrótico. Macroscópicamente ya no se reconoce la tuberculosis. Solamente los nódulos linfáticos caseificados la recuerdan.

Histológicamente se trata de una tuberculosis pulmonar de curación rápida y fuerte retracción a más de las alteraciones que ya han sido descritas en la literatura. Se encuentran pocos tubérculos fibróticos, sin células gigantes de Langhans. En medio se ve tejido granulomatoso cicatricial fuertemente retraído con anchos septos de tejido conjuntivo. En el primer caso llamaron la atención las numerosas células gigantes estrafalarias. Hemos podido constatar con seguridad que estas células

gigantes son formadas por epitelios alveolares. También los epitelios bronquiales muestran parcialmente estado de transición hacia la formación de células gigantes. La formación de los panales se produce esencialmente por el hecho de que los alvéolos se tornan enfisemáticos a causa de la fuerte retracción del tejido pulmonar, lo que dá lugar al cuadro mencionado. A menudo quedan espolones de tejido entre los diversos panales. Debe pensarse también en una fusión rápida de las regiones caseificadas. Los niños murieron finalmente por insuficiencia cardíaca derecha. Mostraban hipertrofia del ventrículo derecho y dilatación flácida de todo el corazón.

Son pues los pulmones en panal de abejas, una alteración adquirida durante el tratamiento tuberculostático en la tuberculosis pulmonar. Los dos niños eran anérgicos el tratamiento debe hacerse lo más lentamente posible para que no se produzca una curación precoz, consecuencia de la cual son los pulmones en panal debido a la retracción del tejido pulmonar, lo que no es compatible con la vida por la insuficiencia cardíaca. Deben esperarse más relatos. Posiblemente deberá adaptarse en el futuro la dosificación de los remedios al estado del enfermo para evitar una sobredosificación.

SERRA, Javier Puig (Rio de Janeiro, Brasil): *Tecido nervoso ectópico*. —

O autor apresenta um caso de tecido nervoso ectópico de estrutura neuro-glial, localizado na dura mater simulando granulações de Pachioni. Fazendo relação com dois casos de tumores atípicos que pela sua estrutura parecem derivar de tecido nervoso aberrante, o autor propõe a denominação de "Tumores derivados de tecido nervoso ectópico ou aberrante" a esse tipo de tumores sendo necessário constar nas classificações dos tumores nervosos, pois as características clínicas são originais.

SIMON, Roland Courtney (Macció, Brasil): *Esquistossomose do colo uterino*. — O autor analisa a bibliografia relativa às migrações do *Schistosoma*

mansoni e ao achado de ovos do platelminto no aparelho genital feminino.

A seguir, apresenta a incidência estatística dessa ocorrência no material ginecológico do Instituto de Radiologia e Câncer do qual é chefe do Laboratório de Histopatologia.

Tendo encontrado um caso de curiosa hiperinfestação circunscrita a uma incipiente cervicite micropoliposa na qual foram achados numerosos ovos, além de exemplares adultos do platelminto, discute a possível interferência da noxa parasitária na modificação do que chama "histoclima", e sua possível influência na ressonância celular específica (genius loci), como possíveis fatores de modificação do quadro histológico primitivo.

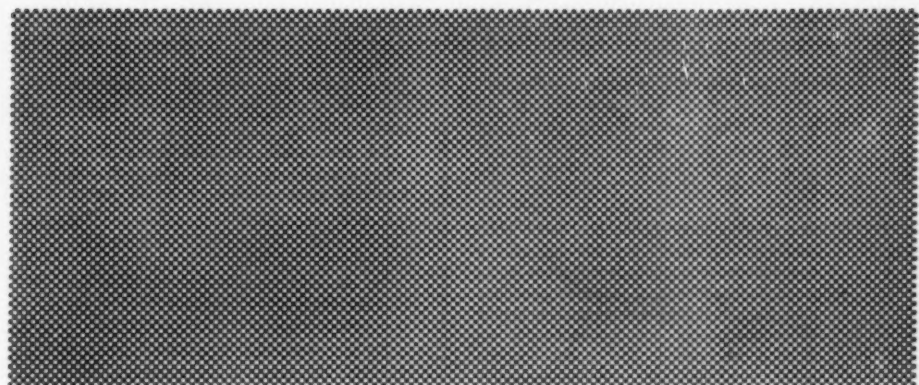
Descreve, a seguir, sucintamente, todos os exames complementares feitos, e ilustra o trabalho com vários diapositivos de microfotos coloridos.

TAKANO MORÓN, Juan (Arequipa, Peru): *Atipias epiteliales en las vesículas*. — Se describe las características histológicas y citológicas de una alteración atípica del epitelio de las vesículas seminales, basado en el estudio de 152 pares de vesículas seminales. La alteración se caracteriza fundamentalmente por la presencia de áreas focales en las que hay células con marcada hipertrofia nuclear. En estas áreas, por lo general, se aprecia también cierto grado de hiperplasia epitelial.

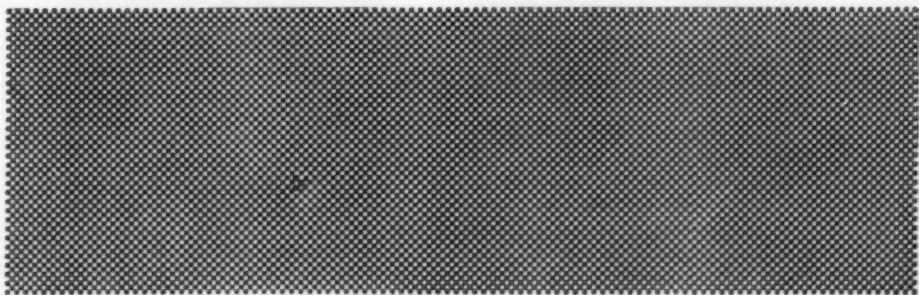
Las células hipertróficas exfoliadas pueden ser confundidas con células neoplásicas, como ya se ha observado.

La atipia se presenta después de los 40 o 50 años de edad, en la mayoría de los casos. La patogenia de la lesión aún no está dilucidada.

TIBIRIÇÁ, Paulo de Q. T. e JOHANN, Dejalma C. (Porto Alegre, Brasil): *Estudo anátomo-patológico de um caso fatal de botulismo*. — Os autores estudaram um caso fatal de botulismo, comprovado bacteriológicamente e sorologicamente e que foi à necropsia. Macroscopicamente o Dr. Dejalma verificou, como lesões mais interessantes: no encéfalo, discreto



LABORATÓRIO **TORRES**



achatamento das circunvoluções cerebrais e petéquias na superfície de corte. Nas vísceras havia acentuada congestão, estando o fígado muito friável. Não se encontraram tromboes. Ao microscópio chamou particularmente a atenção as alterações das células endoteliais dos vasos sanguíneos, especialmente do encéfalo e dos rins, que estavam muito inchadas e possuíam núcleos hiperclomáticos. Outras alterações importantes foram as encontradas no pericariônio de células nervosas. Enquanto em alguns centros elas apresentavam-se normais, em outros havia tumefacção aguda, contração ou necrose. No cerebelo havia extensões onde as células de Purkinje eram substituídas por células satélites. Um vaso do cérebro continha um trombo, vendo-se hemorragias perivascularares pequenas.

TIBIRICÁ, Paulo de Q. T. (Pôrto Alegre, Brasil): *Macro-auto-radiografias de estômagos portadores de carcinomas*. — O autor apresenta três macro-auto-radiografias de estômagos portadores de carcinoma. As chapas radiográficas foram sempre mais intensamente impressionadas quanto maior era o número de células cancerosas nos campos examinados, assim como quanto mais intenso era o metabolismo de tais células. Quanto a este segundo fator o autor admite reservas, pois onde havia células cancerosas de metabolismo baixo, isto é, células com degeneração mucóide, havia concomitantemente menor número de células, as quais se acham esparsas em meio a mucos.

TOLIDO CORREA, Nancy (Montevideo, Uruguay): *Carcinomas secundários de tiroides. A propósito de seis observaciones*. — En 700 necrópsias realizadas en el Hospital de Clínicas de Montevideo se encontraron 6 casos de carcinomas secundarios de la glándula tiroides.

En cinco casos habían nódulos visíveis en el tiroides.

En uno de los casos la metástasis fué un hallazgo microscópico.

Dichas metástasis correspondieron a cánceres primarios de pulmón, páncreas, mama y riñón.

En todos los casos se trataba de cánceres avanzados con diseminación generalizada.

La frecuencia de metástasis tiroideas alcanzó a 5,5% del total de cánceres necropsiados, pero el autor cre que se elevaría a 10% si este órgano fuera examinado sistemáticamente al microscópio.

Se ha revisado la literatura y las teorías explicativas acerca de la resistencia tiroidea a las metástasis.

De acuerdo con la mayoría de los autores, esa resistencia estaría disminuida en los casos de lesiones previas del tiroides (Bocios).

TORLONI, Humberto e SILVA NETO, José B. (São Paulo, Brasil): *Doença de Paget da mama. Contribuição ao estudo da doença de Paget pré-clínica*. — Fizemos um estudo da doença de Paget da mama, abordando os problemas da incidência e patogenia, baseados na revisão da literatura e na análise de 39 casos. Estudando 603 peças de câncer da mama, observamos 6,4% de moléstias de Paget, a maior incidência relatada na literatura.

Atribuímos essa maior incidência ao tipo de exame sistemático que realizamos das peças operatórias de câncer de mama, que nos revelou um grande número de casos de Paget pré-clínico, e conseqüentemente maior incidência global.

Na patogenia foram apenas consideradas as duas teorias que, aceitando a célula de Paget como de natureza cancerosa, divergem entretanto ao explicar a origem dessas células, se, na epiderme ou no parênquima mamário.

Concluimos que as células de Paget se originam num adenocarcinoma situado em qualquer parte do parênquima mamário e daí migram para a epiderme.

Demonstramos que três foram as vias pelas quais as células tumorais atingiram a epiderme: a via canalicular, a direta e a linfática.

Somos de opinião que num mesmo caso as células podem utilizar mais de uma via.

Os trabalhos que admitem a origem da doença de Paget a partir da



epiderme por não terem encontrado tumor na glândula mamária, a nosso ver, não são conclusivos, pois o estudo histopatológico não foi completo (insuficiente pela falta de material e falta de corte seriado).

TORRES, C. Magarinos (Rio de Janeiro, Brasil): *Anatomia patológica da moléstia de Chagas (novas aquisições) (\*)*. **Infeção congênita.** —

Assinalamos oito casos (Argentina, Venezuela e Chile, de caráter benigno, com prognóstico favorável.

Excepcional a transmissão congênita em *Didelphis paraguayensis*.

**Forma aguda.** — Descrito o primeiro caso agudo (menina de dez meses de idade), na América do Norte, Estado do Texas.

Dentre 300 casos agudos, faleceram 29 (9,7%). Dêles, 23,3%, sem sinais de porta de entrada, os quais, quando presentes, localizavam-se na cabeça, em 37,0%.

Quando positiva no liquor céfalo-raquidiano, a reação de fixação de complemento com antígeno de *S. cruzi* não se acompanha de aumento de albuminas, globulinas e células, conservadas as taxas normais de glicose e cloretos.

Xenodiagnóstico, método de eleição, quando negativo para o *S. cruzi*, o exame de sangue a fresco.

Quadro hematológico: intensa linfocitose (linfócitos típicos, leucocitoides e atípicos), neutropenia relativa e certo grau de anemia.

**Forma cardíaca.** — Cardiopatia essencialmente miocárdica, sem lesões valvulares, nem hipertensão arterial, encontrada em 693 doentes crônicos em um grupo de 1.340 infectados, 83,5% dos quais com idade compreendida entre 11 e 50 anos.

O eletrocardiograma revela bloqueio de ramo direito, extrassístoles ventriculares, bloqueios aurículo-ventriculares, alterações primárias da onda T e modificações atípicas do Q. R. S.

(\*) Os trabalhos publicados durante o quinquênio 1953-57 representam a fonte utilizada na confecção deste Relatório.

A isquemia do miocárdio representa mecanismo importante no progresso da doença.

Trombose parietal e alterações fibrótico-degenerativas do miocárdio, na região apical, em 61,7% de 34 necrópsias.

Coração aumentado de volume (dilatação global e certo grau de hipertrofia ventricular, em 28 necrópsias) e de peso (peso médio de 549,9 g, o dobro do normal, em 100 necrópsias).

As lesões inflamatórias e degenerativas (miocárdicas) compreendem todas as texturas cardíacas (pancardite). No sistema de condução do miocárdio (casos crônicos) predominam as lesões isquêmicas sobre as inflamatórias.

Vasos coronários permeáveis até os mais finos ramos, em dois casos estudados em radiografias contrastadas.

Frequência de acidentes vasculares embólicos (pulmões, rins, baço e encéfalo).

**Aparelho gastro-intestinal.** — Incidência impressionante de distúrbios esfinterianos, em pacientes infestados pelo *S. cruzi*, por vezes sem sinais clínicos de comprometimento cardíaco.

O substrato anatómico do mal de engasgo" (lesões degenerativas e inflamatórias do sistema neuro-vegetativo no tubo esôfago-gastro-intestinal e no coração) foi estabelecido, em 1934-1940, por anátomo-patologistas e cardiologistas paulistas (Moacyr Amorim, Correa Netto, Etzel, Jairo Ramos e José Oria).

A sua etiologia continua controversa. Em infecções experimentais, as células multipolares da medula espinal (em focos de intensa mielite) e as células ganglionares do sistema autônomo do coração com miocardite esquisotripanósica de longa duração, conservam-se normais, parecendo insensíveis à ação de proteínas estranhas oriundas do *S. cruzi* (ou de uma "neurotoxina" hipotética).

**Doença de Chagas e esquistossomose.** — Em regiões sem doença de Chagas, lesões granulomatosas focais



definidas, no miocárdio, em torno de ovos dos *Shistosoma hoematobium* e *S. mansoni*.

Miocardite granulomatosa esquistossomótica assinalada, ora isoladamente, ora associada à cardiopatia da doença de Chagas, em Pernambuco, Bahia e São Paulo, Brasil.

**Doença de Chagas e tripanosomose de Tejera.** — Frequência, na Venezuela, de infecções mistas pelo *S. cruzi* e *Trypanosoma rangeli*, este último de ação patogênica duvidosa.

Existência do *T. rangeli*, em Pernambuco, Brasil.

**Infecção experimental.** — No camundongo, intensa multiplicação do *S. cruzi* no ponto de inoculação, associada a reação inflamatória intensa. Inflamação tardia, difusa ou nodular, sem relação topográfica com os parasitas (reação alérgica), no tecido conjuntivo de numerosas vísceras.

Mecanismo defensivo básico representado pela fagocitose dos parasitas por macrófagos inflamatórios, lembrando a da malária (*Plasmodium brasilianum*).

**Dados parasitológicos.** — Na Argentina, o *Triatoma infestans* é o único transmissor da doença, ao homem, sendo ele o grande responsável pela manutenção da endemia chagásica, no planalto paulista, no Chile e sul do Peru, associado ao *Panstrongylus*, no E. de Minas, Brasil. Na Venezuela, o transmissor principal é o *Rhodnius prolixus*.

Doença de Chagas, enzootia de animais domésticos (cão, gato e cobaia), associada à doença humana (Brasil, Argentina, Chile, Venezuela e Peru). Enzootia de animais selvagens, dando lugar ao aparecimento de casos agudos humanos, no Texas, América do Norte, e de casos crônicos, no Distrito Federal, Brasil.

Critídeos e tripanossomos vivos, no intestino de triatomíneos mortos durante nove dias.

Não existe antropofilia, na alimentação hematófaga do *Triatoma infestans*.

O xenodiagnóstico *in vitro* fornece resultados semelhantes ao *in vivo*.

O *Rhodnius prolixus* é o vetor que melhor se presta à contaminação fecal de hospedeiro.

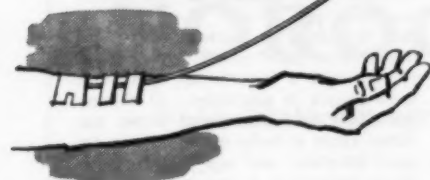
Cada par de complexos glandulares das glândulas labiais modificadas de *Triatoma infestans* apresenta tipo diferente de secreção (anticoagulante, hemolítica e hiperemiante). Descoberto, nesse mesmo triatomíneo, um órgão receptivo para estímulos mecânicos, controlando a penetração das mandíbulas, nos tecidos do hospedeiro.

TORRES, Paulo (Juiz de Fora, Brasil): *Corioepitelioma teratomatoso do ovário, em uma menina de 7 anos.* — O autor apresenta o caso de uma menina de 7 anos e meio, cuja história clínica essencial era: desenvolvimento físico acelerado nos 3 últimos meses, principalmente quanto à genitalia externa, com menstruação de aspecto normal, perda de forças e tumoração dolorosa no baixo ventre. Ao ser internada apresentava estado geral mau (febril, astênica, emagrecida e anemiada) o aspecto de adolescente: estatura normal (1 m,33), peso 22½ kls., pêlos pubianos e axilares, mamas desenvolvidas, crescimento dos grandes lábios, cornificação do epitélio vaginal. Verificava-se uma tumoração dolorosa no baixo ventre, cujo volume correspondia aproximadamente ao de uma gravidez no 5.º mês.

Os exames complementares mais importantes foram: reações de Mainini e Frank-Salmon: positivas; dosagens hormonais: hiper-excreção muito acentuada das gonadotrofinas urinárias e dos estrogênios, bem como hiper-excreção menos acentuada do pregandiol e dos 17-cetosteroides; citologia vaginal: esfregaço hiper-estrogênico (para a idade); radiografias: dos pulmões, sem particularidade; do esqueleto: maturação óssea acima do normal para sua idade.

Afastada a hipótese de gravidez, com diagnóstico provável de corioepitelioma, foi operada 19 dias depois de internada, encontrando-se uma grande massa tumoral nos ovários e trompas, em continuidade com a superfície externa do útero, e ainda outros tumores menores no peritônio parietal e nas alças intestinais infe-

**do laboratório...  
ao paciente**



**oferecem sempre**

- \* pureza inexcelável**
- \* precisão invariável**
- \* confiança absoluta**

**SOLUÇÕES**

**BAXTER**

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

**SOLUÇÕES BAXTER**

Fabricadas no Brasil por

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.**

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Picol"

Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Endereço Telegráfico: "Baxter"

riores; esses tumores eram políposos, de consistência mole e coloração avermelhada escura, seu aspecto lembrando o da placenta.

O exame microscópico revelou a presença de um corioepitelioma: trofoblastos placentários atípicos (principalmente células de Langhans), áreas de necrose, hemorragias, proliferação vascular e hiperemia. No útero observava-se a não invasão das camadas profundas, hiperplasia glandular do endométrio, transformação decidual de células do córion e hipertrofia da musculatura.

A menina faleceu 27 dias depois da intervenção, em consequência de peritonite, provavelmente por ruptura de alça intestinal. Infelizmente não pôde ser feita a autópsia.

São apresentados microfotografias, bem como fotografias da paciente e da peça cirúrgica.

O autor faz um estudo anatomo-patológico do assunto e tece comentários sobre o caso, que considera altamente interessante, devido à sua extrema raridade, citando mesmo alguns patologistas que negam a existência do corioepitelioma ovariano não precedido de gravidez.

TOTH, Viola (São Paulo, Brasil): *Malformações congênitas do coração, na patogenia dos abscessos cerebrais.*

— Na patologia intra-craniana o abscesso cerebral, por sua frequência, assume grande importância. Em geral é consequência de otite média ou de bronquiectasias supuradas ou então, de embolias micóticas, a partir de endocardite bacteriana.

Em 2.000 necrópsias realizadas no Serv. de Anat. Patológica da Santa Casa de São Paulo (Serv. Dr. W. E. Maffei), temos 15 casos, dos quais 3 são de natureza traumática, 6 por otite média, um de meningite, um por actinomicose e 3 criptogénicos.

Nossa atenção se orientou para estes três últimos casos onde havia concomitância de malformações cardíacas: eram casos de *pentalogia de Fallot*, *truncus arterial comum* e *comunicação inter-ventricular*, respectivamente. Dois deles, apresentavam abscesso fronto-parietal direito e o terceiro, frontal esquerdo. Histologicamente, apresentam aspecto de

processo inespecífico, idêntico aos abscessos banais de outras naturezas.

Embora haja referências na bibliografia a respeito, os autores apenas apresentaram os casos, sem estabelecer relações patogênicas. Assim, Maffei (um caso de actinomicose em paciente portador de comunicação inter-ventricular); Wantuyl C. Cunha, José Vallin e J. Guimarães (criança de 3 anos, com abscesso cerebral do hemisfério direito fronto-occipital, portadora de comunicação inter-auricular e persistência do canal arterial); I. Cohen, Phillip S. Bergman e L. Mallis, fazem revisão de 50 casos na literatura e citam um caso próprio.

A importância reside principalmente na questão do tratamento cirúrgico das malformações cardíacas; além disto, no raciocínio clínico e também sobre a patogenia destes abscessos.

A simples exposição dos fatos não é suficiente e necessita de explicação patogênica que expomos a seguir. As malformações cardíacas são em geral acompanhadas de outras alterações de desenvolvimento em particular no território da pequena circulação. Os estudos de W. Doerr, mostram que coração e cérebro estão situados na mesma etapa do desenvolvimento embriológico, 21 a 75 dias após a fecundação, época esta mais sujeita às alterações. O sistema pulmonar está interposto como um filtro entre o meio exterior e os órgãos internos, por sua estrutura retículo-endotelial e que nos casos de malformações cardíacas, como demonstrou Kohn, apresentam também alterações congênicas microscópicas. Assim, nas malformações cardíacas onde se formam "shunts" entre a pequena e grande circulações, haveria maior facilidade de chegada dos germes ao cérebro já alterado por distúrbios metabólicos provenientes da deficiente irrigação, favorecendo a instalação de abscessos.

Em nossos 3 casos é nítida a comunicação entre as duas circulações e o exame histológico dos pulmões mostrou também alterações vasculares, degenerativas em dois deles e congênicas em outro, caracterizadas por nítidas formações semelhantes a hemangiomas, disseminadas.

# STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub>

(VITAMINA B<sub>12</sub>+VITAMINA B<sub>1</sub>+SULFATO DE ESTRICNINA)

*Tônico neuro-muscular por excelência*

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 50 mcg**

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 100 mcg**

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 500 ou 1.000 mcg**

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**DRÁGEAS DE DOSAGEM ÚNICA**

★

*Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos*

**LABORATÓRIO NOVOTHERAPICA S. A.**

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171 — São Paulo

# NOROCOLINA

**Vaso-dilatador coronariano e diurético**

**FÓRMULA:**

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

**INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:**

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

**MODO DE USAR:**

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

**LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.**

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

Se o abscesso cerebral nas malformações congênitas do coração não é mais freqüente isto se deve ao fato de que a maioria dos indivíduos com malformações cardíacas não sobrevivem o primeiro ano. De fato, nossos 3 casos atingiram respectivamente 8, 9 e 25 anos.

VALLEJO FREIRE, A. e BRUNNER Jr., A. (São Paulo, Brasil): *Reticulocitos na reticulocitose do saturnismo experimental — Estrutura mitocondrial.* — Os autores, em secções ultrafinas examinadas ao microscópio eletrônico, confirmam trabalhos anteriores demonstrando que hemácias jovens ou reticulocitos, apresentam mitocôndrias que foram identificadas à chamada substância grânulo-filamentosa. Na reticulocitose provocada em cobaias

por intoxicação aguda com acetato de chumbo, foi possível colocar em evidência alguns aspectos do comportamento das mitocôndrias peculiares ao saturnismo experimental e ao mesmo tempo, estudar certos detalhes estruturais das mitocôndrias, particularmente as relações existentes entre a membrana interna e externa e as trabéculas mitocondriais, comparando-as com aspectos observados na reticulocitose provocada por anemia devida a sangrias sucessivas. Foram revistos detalhes técnicos de importância no manuseio do sangue, com a finalidade de evitar nos glóbulos vermelhos a formação de artefatos durante as manobras que antecedem a fixação e preparo do material destinado a exame no microscópio eletrônico.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Tromboembolismo Venoso Agudo

**Tratamento.** — Atualmente o tromboembolismo tornou-se uma das maiores ameaças depois das intervenções cirúrgicas, traumatismos ou partos. Em cerca de 3% dos pacientes que sofrem uma operação cirúrgica maior, desenvolve-se uma maior tendência para a coagulação, que excede às necessidades do organismo para evitar a hemorragia secundária aos traumatismos cirúrgicos. A etiologia desta hipercoagulabilidade é desconhecida e o resultado pode ser a trombose venosa e o embolismo pulmonar.

Nos últimos 8 anos, um dos AA. (W. G. A.) observou mais de 500 pacientes com tromboembolismo venoso, nos serviços de cirurgia e obstetrícia. Foi esta experiência que forneceu a base racional para o tratamento de pacientes com tromboembolismo venoso.

**Etiologia da trombose venosa.** — Lesão da íntima, estase e hipercoagulabilidade são geralmente considerados fatores etiológicos da trombose

venosa. Segundo os AA., a lesão da íntima e a estase parecem desempenhar um papel relativamente menor no desenvolvimento da trombose venosa profunda.

Por vezes, os pacientes desenvolvem trombose do sistema venoso profundo das pernas depois do uso prolongado dum cateter intravenoso na veia safena interna. As soluções intravenosas são suficientemente irritantes para causarem trombose venosa superficial que, depois, se pode propagar ao sistema profundo, através das comunicantes. O uso de rotina de 10 mg de heparina sódica, em cada litro de líquido administrado por esta via, dá resultados definidos na diminuição da trombose venosa superficial e profunda.

Sempre que se possa, deve-se evitar a administração intravenosa de líquidos nas extremidades inferiores, para eliminar uma causa de lesão íntima.

O papel da estase na produção da trombose venosa é, também, controverso. Há casos evidentes em que a estase venosa produziu trombose. A

# TERAPÊUTICA DA DESIDRATAÇÃO

DUAS FÓRMULAS À SUA ESCOLHA:

## HYDRAX-G

MARCA REG.

sódio — potássio  
magnésio — cálcio  
citrato — lactato  
difosfato e GLICOSE



## HYDRAX

MARCA REG.

COMPRIMIDOS

sódio — potássio  
cloro — citrato



Johnson & Johnson





# ENTEROCIN

com **N**

# NEOMICINA

orientação segura  
na terapêutica  
dos distúrbios  
intestinais...



## FORMULA:

NEOMICINA (sulfato)	1,00 g
Sulfadiazina	3,00 -
Sulfasuccidina	3,00 -
Carbonato de cálcio	6,00 -
Gel tixotrópico arom., q.s.p. 100,00 cm <sup>3</sup>	

O gel tixotrópico de ENTEROCIN com NEOMICINA proporciona uniformidade de dosagem e estabilidade permanente.

NOTA: Nos casos em que não houver conveniência em empregar a Neomicina, existe também

ENTEROCIN (simples)





estase devida à imobilização e repouso na cama, foi incriminada de produzir trombose venosa, mas apenas em 3% dos doentes. Além disso, a deambulação precoce não diminui a frequência do tromboembolismo venoso pós-operatório.

E hipercoagulabilidade é um fenómeno nebuloso que aparece depois dos traumatismos e das operações cirúrgicas.

Não há ainda nenhuma medida de coagulabilidade, exceto pelas modificações do tempo de coagulação do sangue total.

A ACTH e a cortisona, administradas por via endovenosa, parecem causar encurtamento do tempo de coagulação. Por isso, os AA. emitem a hipótese de que o período de hipercoagulabilidade possa resultar da hiperatividade hipófise-supra-renal após um traumatismo ou operação, e que a trombose venosa seja uma manifestação local dum estado de hipercoagulabilidade generalizada. O trombo pode formar-se no período de maior "stress" embora a trombose venosa profunda possa não se manifestar senão vários dias mais tarde, quando o tamanho do trombo for suficiente para ocluir um longo segmento da veia e os seus canais colaterais. A estase e a lesão da íntima, quando presentes, ajudarão o desenvolvimento do trombo.

**Sede.** — Primeiramente, considerou-se que a trombose venosa profunda ocorria principalmente nas veias da barriga da perna. Os últimos estudos anatómicos e a experiência clínica sugerem que a trombose venosa profunda, na sua maioria, ataca as veias pélvicas e ilíacas e que a maior parte dos êmbolos pulmonares têm origem nestes grandes vasos.

Os AA. observaram que os pacientes que tinham trombose venosa profunda numa perna apenas algumas vezes apresentavam insuficiência venosa pós-flebitica moderada da outra perna. Isto sugere que pode existir trombose venosa extensa sem sinais ou sintomas.

**Sintomas.** — Os sinais e sintomas da trombose venosa profunda podem

ser equívocos ou perfeitamente dependentes da intensidade do processo. Alguns doentes podem ser assintomáticos e outros podem queixar-se apenas de dor ao longo do trajeto das veias profundas, sem sinais objetivos.

Nestes doentes, o clínico tem de se basear na sua experiência e na intensidade da dor para decidir se se encontra justificada uma tentativa de diagnóstico da trombose venosa profunda, que é agressiva.

Por outro lado, queixas de dor ligeira podem levar o clínico à observação cuidadosa do paciente para procurar a trombose venosa profunda progressiva.

Os sinais que podem ser úteis no diagnóstico de trombose venosa profunda incluem: 1) edema, variando desde uma ligeira tumefação do tornozelo a um edema maciço de toda a extremidade; 2) veias pré-tibiais e pediosas distendidas, que, em alguns casos, podem assim ficar, mesmo com a elevação do pé acima do coração na posição supina; 3) presença do sinal de Homans e positividade da prova de Lowen que, contudo, podem dar resultados falsamente positivos noutras afecções inflamatórias das estruturas da barriga da perna; e 4) hipersensibilidade localizada sobre a veia femoral, na virilha, que é um pouco mais específica que o sinal de Homans, desde que a pressão da ponta do dedo sobre outras zonas da coxa não desperte a mesma hipersensibilidade localizada.

Nos pacientes que foram operados, deve-se, por rotina, examinar-se-lhes as pernas, pelo menos duas vezes ao dia, para despistar uma tumefação assintomática. É interessante notar que em 12 pacientes paraplégicos, o edema assintomático unilateral da perna (usualmente da esquerda) foi a única manifestação da trombose venosa profunda.

O embolismo pulmonar sem indícios de trombose venosa periférica ocorreu em 50% dos 70 casos de embolismo que os AA. estudaram num trabalho anterior. Nalguns destes casos, o diagnóstico de embolismo pulmonar pode ser difícil de comprovar e de distinguir de outras complicações pulmonares pós-operatórias.

*A phlegmasia cerulea dolens* é uma manifestação de trombose venosa maciça com espasmo arterial secundário, que pode ser confundida com a oclusão arterial aguda primária.

Os seguintes dados devem ser notados na diferenciação deste síndrome da oclusão arterial primária: 1) O edema do membro. Isto indica que o afluxo arterial excede a drenagem venosa. O edema não aparece na oclusão arterial aguda. 2) Aparecimento de manchas azuis na pele. É devido ao aumento das quantidades de hemoglobina reduzida nas extremidades. Na oclusão arterial primária o membro é geralmente branco. 3) Veias superficiais salientes e distendidas. Com a trombose venosa maciça do sistema profundo, há congestão do circuito venoso. Na oclusão arterial aguda, as veias superficiais estão geralmente colapsadas. 4) Ausência de perda definida da sensibilidade. Não há perda da sensibilidade ao mesmo nível segmentar como acontece na oclusão arterial primária. Qualquer déficit sensitivo é em forma de mancha e não do tipo de meia. 5) Presença de pulsos arteriais débeis. As artérias em espasmo podem ser palpáveis a custo, ao passo que na oclusão arterial primária aguda as pulsações geralmente não existem. 6) Dissociação entre os níveis de frialdade e do pulso que se palpa mais abaixo de todos. Enquanto que na oclusão arterial aguda há uma relação definida entre a pulsação que se palpa mais inferiormente e o nível da frialdade, essa correlação não prevalece no espasmo arterial que complica a trombose venosa profunda. Por exemplo, o membro pode estar frio até à virilha no espasmo arteriolar e ainda pode haver uma pulsação femoral bastante boa. 7) Uma consideração acessória pode ser a ausência de lesão cardíaca, como fator etiológico de origem do êmbolo arterial primário.

**Provas laboratoriais auxiliares do diagnóstico de trombose venosa.** — Até há pouco tempo, não havia provas laboratoriais que auxiliassem o diagnóstico do tromboembolismo venoso. Atualmente, na *Duke University School of Medicine*, este proble-

ma está a ser estudado por dois métodos: 1) estudos do afluxo dum isótopo (iodo radioativo I131); e 2) estudos de excreção do ácido 5-hidro-xindolacético.

**Tratamento.** — O objetivo do tratamento é duplo: 1) evitar o embolismo pulmonar fatal e 2) minimizar as sequelas pós-flebiticas.

Os pacientes com trombose venosa profunda não complicada e sem embolismo são tratados da maneira seguinte: depois de determinado o tempo de coagulação-base e de feita uma prova da protrombina num tempo, o paciente começa a receber heparina e um medicamento cumarínico (os AA. empregam atualmente o dicumarol). A heparina administra-se da forma seguinte: 50-75 mg por via endovenosa como dose inicial e 50 mg. por via subcutânea, de 4 em 4 horas. A primeira dose subcutânea é dada ao mesmo tempo que a dose endovenosa. O tempo de coagulação determina-se uma vez por dia.

O tratamento anticoagulante é, pois, o tratamento de eleição. No embolismo pulmonar, um tratamento de oito dias com heparina, seguido da terapêutica pelo dicumarol durante várias semanas, é aconselhado para evitar o embolismo recidivante. A laqueação da veia cava está indicada quando simultaneamente há hemorragia ou quando há embolismo recorrente, apesar da terapêutica anticoagulante. O uso da trombectomia combinada com os anticoagulantes em doentes com trombose venosa maciça, está ainda em estudo.

A análise das sequelas a longo prazo dos pacientes, que foram tratados de trombose venosa profunda aguda primária com anticoagulantes, não revelou sequelas em 55% e mostrou ulceração apenas em 2,3%, em comparação com outros doentes não tratados em que as ulcerações subiram a 20%.

ANLYAN, William G. — DELAUGHTER Jr., George D. — FABRICANT, Jacob I. — SZ. 5&258758 T. — J. A. M. A. CLXVIII (6): 725-729, Outubro, 1958.

"Transcrito da Tribuna Médica, ano II, 57, 12 de junho de 1959".

# EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia.     | VIII — Neurologia e Psiquiatria.   |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX — Cirurgia.                     |
| III — Endocrinologia.                       | X — Obstetrícia e Ginecologia.     |
| IV — Microbiologia e Higiene.               | XI — Oto-rino-laringologia.        |
| V — Patologia Geral e Anatomia Patológica.  | XII — Oftalmologia.                |
| VI — Medicina Geral.                        | XIII — Dermatologia e Venerologia. |
| VII — Pediatria.                            | XIV — Radiologia.                  |
|   | XV — Tuberculose.                  |



Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT — AMSTERDAM C. — HOLANDA

AGORA...  
na digestologia

+ Complexo enzimático  
Hormônio de PRIBRAM

Para normalizar:

- \* os processos digestivos
- \* a assimilação lipídica
- \* a biligênese

## PRIMULAN SERONO

Extrato de epitélio vesicular .....	0,05 g
Pancreatina .....	0,10 g
Diastase de <i>Aspergillus oryzae</i> .....	0,03 g
Pepsina 1:10.100 .....	0,01 g

Apresentação: Vidros com 40 drágeas de Dupla Desintegração



LABORATÓRIOS

MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S/A.  
Rua Marquês de Itú, 96 — Tel. 36-4334 — São Paulo

## LITERATURA MÉDICA

## Apreciações

**Melancolia de Involução.** — Estudo clínico, etiológico e social da depressão endógena na idade madura, com referência especial aos fatores genéticos. — Dr. Ake Stenstedt — Copenhagen. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. Supl. 127, Vol. 34, 1959.

As investigações tiveram lugar, no período de 1946 a 1953 e a maior parte dos doentes pertencia aos hospitais de Estocolmo.

Foram estudados 307 casos dentre os quais 70 homens e 237 mulheres assim como seus parentes, perfazendo um total de 2282 pessoas.

O autor tece comentários sobre as muitas discordâncias sobre o assunto no que diz respeito à sintomatologia, etiologia e mesmo às denominações que não são precisas, com relação à melancolia de involução. Acompanha bibliografia.

**Metástase regional nos gânglios linfáticos no carcinoma bronquiogênico primário.** — Dr. Erkki Lanstela, da Clínica Cirúrgica Torácica do Hospital Central da Universidade de Helsinque — Finlândia.

Estudo de 100 casos operados, sendo 99 de pneumectomia e 1 caso de lobectomia. Todos os diagnósticos foram confirmados pelo exame histológico feito depois da operação, que foi considerada radical em 79 casos e apenas paliativa em 21. Todos os gânglios do hilo do pulmão ou do mediastino, que se mostravam aumentados, foram extirpados e examinados, fazendo-se o mesmo com os gânglios encontrados no pulmão ressecado. A localização do tumor era central em 68, intermédia em 22 e periférica em 10 casos. Quanto à sua estrutura histológica, 67 tumores eram carcinomas de células escamosas, 26 carcinomas indiferenciados e 7 adenocarcinomas.

Pelo exame microscópico dos gânglios extirpados foi encontrada metástase do tumor bronquiogênico em 54 casos (54%).

Dos 26 carcinomas indiferenciados 15 deram metástase nos gânglios da região, assim, como 35 dos 67 de células escamosas e 4 dos 7 adenocarcinomas, acusados pelo exame histológico; o que mostra que a incidência da metástase é mais ou menos a mesma para os diversos tipos de tumor, sendo influenciada antes pela localização que pela estrutura — 59% para os situados no centro, 50% para os de situação intermédia e 30% para os periféricos. O prognóstico é pior para os casos em que se encontram gânglios do hilo envolvendo o tumor.

**Fraturas da extremidade superior do humero — Investigação clínica, radiológica e experimental.** — Dr. Pauli Torppi — Turku — Finlândia — *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*. Vol. 48, suplemento 83 — 1959.

As fraturas da extremidade superior do humero não são raras, encontrando-se em todas as idades, desde o recém-nascido até ao ancião, apenas diferindo o tipo da fratura. Apesar da copiosa literatura sobre o assunto, há ainda alguns pontos importantes em que não se chegou a uma opinião unânime. É o que se dá, por exemplo, com a divisão dessas fraturas o que, até certo ponto, concorre para que não se tenha uma conduta comum, com relação aos princípios fundamentais de tratamento. Neste trabalho o autor se propõe a analisar os sintomas e as particularidades das diversas formas das fraturas em questão e a procurar uma divisão apropriada, assim como uma conduta adequada a cada caso. Para isso organizou o questionário que se segue, para programa de seu trabalho:

- 1) Que condições devem ser respeitadas no exame de fraturas recentes da extremidade superior do húmero?
- 2) Qual a divisão adequada às fraturas superior do húmero?
- 3) Quais os métodos terapêuticos mais apropriados para o tratamento das diversas formas de fraturas?
- 4) Quais os fatos na sequência terapêutica das fraturas da ex-

tremidade superior do húmero e de que circunstâncias de mais perto dependem?

- 5) Que significação têm essas fraturas como acidente de trabalho?
- 6) Pôde-se em estudo das fraturas provocadas, no cadáver, estudar o mecanismo das fraturas conseqüentes a um acidente?

As conclusões do autor apoiam-se no estudo de 265 casos.

## Separatas e folhetos recebidos

**Angiografia renal por via femoral.** Análise de 128 casos efectuados por el método de Seldinger. Por los Dres. Frank Hughes, Alberto Barcia, Orestes Fiandra y Julio Viola, de Montevideo. Publicado nos *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*, Vol. XVII, n.º 6, novembro-dezembro 1957.

**Yodopexia tubular renal.** — Dr. A. Puigvert. *Anales de Medicina y Cirurgia* Vol. XXXIV — Janeiro-Fevereiro 1958, n.º 145. Barcelona — Espanha.

**Tratamento de la incontinência femenina de orina.** — A. Puigvert. Publicado en *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. Vol. XVII, n.º 2, marzo-abril 1957 — Barcelona — Espanha.

**Aspectos funcionales del riñón en el pré y post-operatório urológico.** — Por Dr. G. Del Río. Publicado em *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. Vol. XVII, n.º 6, noviembre-Diciembre 1957. Barcelona-Espanha.

**La ureteropieoplastia.** — A. Puigvert. Publicado em *Archivos Españoles de Urologia*, Tomo XII, n.º 3, julio 1956 — Madrid — Espanha.

**Adenocarcinoma. renal.** — Dr. E. Bilbao Sanz. Publicada en *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San*

*Pablo*. Vol. XVII, n.º 3-4, mayo-agosto 1957. Barcelona — Espanha.

**Hérnia vesical inguinal.** — A Puigvert. Publicado en *Archivos Españoles de Urologia*. Tomo XIII, n.º 2, abril de 1957 — Madrid — Espanha.

**Aportación a la urografia.** — A. Puigvert. Publicado em *Medicina Clínica*, Ano XV, tomo XXIX, n.º 4, págs. 223 a 234, outubro de 1957. Barcelona — Espanha.

**Poliquistosis renal y cáncer bilateral.** — A. Puigvert. Publicado en *Medicina Clínica*. Ano XV, Tomo XXVIII, n.º 6, págs. 370 a 374, junho 1957. Barcelona — Espanha.

**Divertículo de la uretra femenina.** A. Puigvert y A. Cols. Publicado em *Archivos Españoles de Urologia*, Tomo XIII, n.º 3, julio de 1957 — Madrid — Espanha.

**Cirurgia del uréter lumbar. La ureterolitotomía.** — A. Puigvert. Separata de *Barcelona Quirúrgica*, Ano 2, n.º 2, — Barcelona — Espanha 1958.

**La tuberculosis urinaria y genital masculina.** — A. Puigvert Gorro. Una obra que rebosa novedad por reflejar los progresos alcanzados en la patogenia y terapêutica genitourinarias. Salvat Editores, S. A. Barcelona, Madrid, Buenos Aires, México, Caracas, Bogotá e Rio de Janeiro.

**"Enfermidade Mental e Saúde Mental no mundo de hoje".** — Tema escolhido pela Organização Mundial de Saúde para a comemoração da data de sua fundação, dia 7 de abril de 1948, que, este ano, será o seu décimo primeiro aniversário. A doença mental tem aumentado de maneira alarmante, tendo de ser considerada como um problema de monta, uma calamidade, piorando suas condições à medida que se elevam os níveis de industrialização.

Urge a colaboração de pessoas de boa vontade no combate sem esmoecimento a tôdas as condições que favorecem este estado de coisas.

A Organização Mundial de Saúde, que, por intermédio de seu Escritório Regional, a Organização Pan-Americana de Saúde, com sede em Washington, vem empreendendo esforços com esse objetivo, enviou aos interessados trabalhos de personalidades de destaque mundial, pela sua competência e idoneidade, em que o assunto é considerado sob todos os seus aspectos e conclusões e sugestões são apresentadas. A Organização Mundial de Saúde espera que a utilização deste material possa servir como mais uma útil contribuição para o êxito da campanha.

A contribuição de E. Roquette-Pinto para a *Antropologia Brasileira*, por L. de Castro Faria. Publicações

avulsas do Museu Nacional — Rio de Janeiro, 1959.

**Ação do fosfato complexo de Tetraciclina sobre a flora intestinal normal.** — Drs. Célio Fontão Carril, Cláudio T. M. de Escobar, R. Ferreira-Santos, O. Baracchini, A. Costa e F. H. Pinto. — Revista Paulista de Medicina, 54, 4, abril 1959.

**Curso de Cirurgia Basica.** — Dr. Ricardo Finochietto. La Prensa Médica, Argentina, XLVI, n.º 3, 1957.

**Exame proctológico na criança.** — Dr. Raul Ribeiro da Silva. Revista Brasileira de Gastroenterologia, 10, Novembro-Dezembro 1958.

**Retites pós-irradiação.** — Dr. Raul Ribeiro da Silva — Revista Brasileira de Medicina, n.º 6, 1958.

**Rotina do banco de sangue em um serviço cirúrgico.** — Drs. Mauro Souza Lima e Fernando Paulino. O Hospital, 55, abril 1959.

**Spondylolysis.** — Dr. Hilel Nathan. The Journal of Bone Joint Surgery, 41-A, March 1959.

**Tratamento quirúrgico de la hipertension arterial con nefroangioclrosis.** — Drs. Lorenzo H. Martirena e Rodolfo Delgado — La Prensa Médica, Argentina, XLV, 13, 1958.

**CETAVLON**

— CONCENTRADO —

Na LIMPEZA

ESTERILIZAÇÃO

CONSERVAÇÃO ESTÉRIL

dos instrumentos (metal, borracha, matéria plástica)

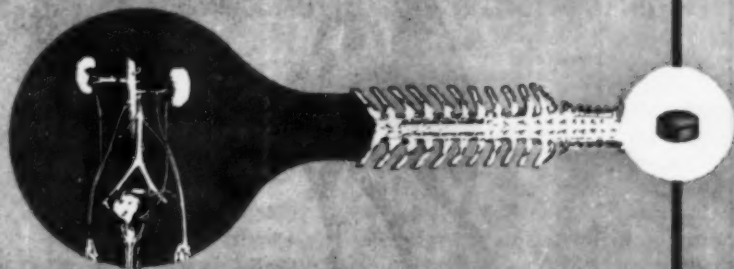


**CIA. IMPERIAL DE INDÚSTRIAS QUÍMICAS DO BRASIL**

SÃO PAULO: Caixa Postal, 6.980 — Telefone 37-6296

RIO DE JANEIRO: Caixa Postal, 953 — Telefone 52-2587

*Efeitos imediatos -  
manutenção de concentrações  
prolongadas no sangue*



# Lederkyn

Sulfametoxipiridazina

LEDERKYN é o mais importante aperfeiçoamento na sulfamidoterapia. É rápida e totalmente absorvida, atingindo com grande facilidade as barreiras orgânicas. Permanece mais tempo no sangue e é eliminado muito lentamente, através da urina. Por isso, é indicado

- ★ principalmente nas infecções do trato urinário devidas a organismos sensíveis à sulfanilamida, tais como *E. Coli*, *Aerobacter aerogenes*, e em alguns casos do *Proteus*;
- ★ na profilaxia da febre reumática e bronquite crônica;
- ★ no tratamento das infecções agudas, subagudas e crônicas, sensíveis à sulfonamida.

LEDERKYN comprova também sua eficácia no tratamento de meningite meningocócica.

Divisão LEDERLE  
**CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S.A.**

Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21º  
São Paulo - Rua Lavapés, 326

Lederle

IA - 2565





# EMULVIT\*

EMULSÃO DE VITAMINAS

Frasco com 200 cm<sup>3</sup>

*Cada colher-medida (5 cm<sup>3</sup>) contém:*

vitamina A 4.000 U. I.; vitamina D 400 U. I.;  
vitamina B<sub>1</sub> 4 mg; vitamina B<sub>2</sub> 1,5 mg;  
vitamina B<sub>6</sub> 0,6 mg; vitamina B<sub>12</sub> 0,5 mcg;  
vitamina C 25 mg;  
pantenol 0,2 mg; niacinamida 10 mg.



**Instituto Pinheiros, Produtos Terapêuticos S.A.**

\* mediante concessão de Collett & Co. A/S., Noruega.

## Tratamiento quirurgico del varicocele inguinal (\*)

Dr. RICARDO O. MARATEA

*(Cirujano del Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina)*

Es indudable que el varicocele inguinal, experimentará una variante tanto en el concepto etiopatogenico como en los principios en que se basa su tratamiento, según sea tratado por urologos o cirujanos generales. Es por eso que juzgamos de alguna conveniencia, emitir nuestro juicio desde el punto de vista en que estamos ubicados.

Así, con yal criterio nos permitiremos detenernos en la anatomía, etiopatogenia y sintomatología para que nos conduzca en forma racional a su tratamiento.

Como sabemos, el varicocele se caracteriza por una dilatación exagerada de las venas del cordón espermático, con tortuosidad y elongación de las mismas, casi siempre acompañadas de un alargamiento del escroto. Se distinguen dos variedades: primario espontaneo e idiopático, que se observa casi siempre del lado izquierdo y secundario sintomático u obstructivo.

La anatomía de la región tiene un papel importante en la etiología del varicocele idiopático; la vena espermática derecha va a desembocar en la vena cava inferior en forma oblicua, en cambio la espermática izquierda le hace en angulo recto en la vena renal, teniendo que soportar además el peso del colon sigmoideo, agregándose a veces la falta de valvulas a nivel de su orificio.

También, como causa etiológica, podemos citar la hipotonía venosa por debilidad mesenquimatosas, que como es lógico repercute sobre las venas espermáticas, quienes debemos agregar los cambios de presión abdominal por la bipedestación y esfuerzos defecatorios; y la congestión crónica pasiva como consecuencia de estímulos sexuales no satisfechos. Corrobora este último que la mayoría de los varicoceles son individuos solteros entre los 15 y 25 años y que esta afección disminuye después del matrimonio.

El secundario resulta de la obstrucción de las venas espermáticas por un tumor intraabdominal, especialmente los del riñón, por gran-

(\*) Trabajo presentado às XVI Jornadas Quirúrgicas, 1958.

des hidronefrosis, por quistes retroperitoneales y también por cirrosis y constipación pertinaz.

El diagnóstico diferencial entre varicocele primario y secundario se hace colocando al enfermo en posición horizontal y levantando el escroto, las venas ingurgitadas desaparecen, notandolas nuevamente al colocarse el paciente de pie. Si es secundario las venas siempre aparecen distendidas.

Nos parece oportuno a fin de tener en cuenta el temperamento quirurgico que corresponda, subrayar las características que lo clasifican. ellas son en base simplemente a su tamaño, pudiendo ser: Pequeño, mediano, grande y gigante; los que por otra parte no influyen en la sintomatología que originan; sintomatología que como sabemos son sumamente variadas: sensación de pesadez, de tironeamiento del cordón, disminución de la potencia sexual a largo plazo. Se habla de trastornos psicopaticos en estos enfermos pero nuestra opinión concuerda con la de Bernardi, de que esto es solo una rara coexistencia de afecciones (varicocele mas neurastenia). En la evolución del proceso, la atrofia testicular, por remora circulatoria, es la contingencia más temible por tanto es la que más debe privar en la decisión quirurgica.

## TRATAMIENTO

De la gran variación de metodos existentes, solo analizaremos los más conocidos en nuestro medio y que por otra parte nos permite valorar sus basamentos etiopatogenicos y quirurgicos y justificar el procedimiento elegido.

El metodo de Posadas nos parece aplicable en casos de coexistencia con hidrocele y para reforzar la pared. Ivanisevich propuso la resección de las venas espermaticas en su porción retroperitoneal; al igual que otros autores nos parece difícil y temerario el aislamiento dela arteria espermatica, al que agregriamos el tener que incursionar en región más alejada y riezgosa. Con el procedimiento de Del Valle estamos conforme con las principales premisas en que se funda su tecnica, creemos advertir algún inconveniente en el manipuleo de los elementos del cordón. El metodo de Bernardi nos sugiere aún mayores inconvenientes que los dos anteriores, en cuanto a la garantía de conservar la irrigación testicular y de poder ligar en su totalidad las venas, lo que expone a recidivas.

Procedimiento de Branco Ribeiro. Aunque el metodo es conocido por que varios son los autores que a él se han referido, creemos, que por tratarse de un procedimiento nuevo necesita no solo del apoyo de los que con buen resultado lo han practicado, como de los que ala inversa pudieren haber encontrado algún inconveniente en él, para poder con ellos mejor justipreciarlo; por tanto nos parece oportuno detenernos primeramente en su descripción. Como es

sabido esta tecnica consiste en practicar un tunel en la aponeurosis del oblicuo mayor y que contenga en su interior al cordón inguinal. La anestesia usada puede ser local con Novocaina al 1%, pero es preferible la peridural continua o general, pues se obtiene una mayor relajación muscular. La incisión usada es paralela y por encima de la arcada crural. Llegando al cordón inguinal se exterioriza este y se practica una incisión sobre la fibrosa común, disecando cuidadosamente, se separa el conducto deferente con su arteria del resto del paquete dejandolos en el lecho del campo operatorio. Con manobras suaves se coloca el cordón sobre la aponeurosis del oblicuo mayor en forma de semicirculo y controlando la altura en que va a quedar el testiculo se comienza a fijar el cordón haciendo una aplicatura con dicha aponeurosis. Cuando se tiene dificultad para plegar la aponeurosis cercana a la arcada no hay inconveniente en hacerlo, por un lado con la aponeurosis y por el otro con el celular subcutaneo. Los puntos no deben comprimir el cordón para evitar trastornos en la circulación del mismo y cuando este es grueso se puede resecar la fibrosa común y el cremaster, resultando así mucho más fácil la tunelización por ser menor la cantidad de elementos a ocultar, como lo hace notar Yoel. Es necesario ademas la orquidopexia pues en un caso que no se efectuó, el paciente sufrió un trauma en la región siendo necesario reoperarlo pues, el testiculo se situó a nivel del anillo inguinal externo.

### CONSIDERACIONES

Como ya nos hemos referido a los metodos de Posada, Ivasinevich, Del Valle, y Bernardi, mencionando los reparos que ellos nos ofrecen solo nos queda comentar la tecnica de nuestra adopción.

Aún considerando que la etiopatogenia anunciada por el autor (compresión de la vena renal, por el angulo aorticomesenterico) no será influenciada por la corrección quirurgica, creemos que esta, apesar de no actuar sobre la causa mejorará sus efectos.

En ella valoramos el hecho de que la remora circulatoria se yugula en forma fisiologica y ademas nos parece a todas luces un procedimiento conservador puesto que no se abre la aponeurosis del oblicuo mayor, se corrige la ptosis del testículo, el manipuleo sobre el cordón es escaso, es poco traumatica y no tiene dificultades tecnicas para su ejecucion.

### RESUMEN

Se comenta la tecnica de Branco Ribeiro que es la que principalmente hemos experimentado en la Sala 3 del H. Pirovano, a cargo del Prof. Dr. Augusto Wybert y en nuestra practica privada presentando las conclusiones deducidas de nuestra estadística.

## BIBLIOGRAFIA

- BRANCO RIBEIRO (E.): *Conceptions Actuelles sur la varicocèle et son traitement*, "Gazzeta inter. di medicina e Chirurgia". 21-22; vol. LVIII; Nov. 1953.
- CAMPBELL (M.): "Urology". Vol. 1; 716; 1957.
- KIRSCHNER (M.): *Operaciones en el aparato urinario y Gen. masc.* Vol. 7; 346.
- LOWSLEY (O.) y KIRWIN (T.): "Clinica urologica", Vol. 1; 479.
- BERNARDI (R.): *Varicocèle, Resultados obtenidos en 500 casos con un procedimiento personal*. "Revista A. M. A.", vol. 72; 2; 57; feb 58.
- YOEL (J.): *Varicocèle. Cons...* "En día medico" — pag. 156; enero 1949.
- CHRISTMANN (F.): "Técnica Quir..." tomo 3; pag. 594; año 1946.

## ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

## RUBROMALT

*Extrato de malte*  
*Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D*  
*Complexo B, Extrato de Fígado*  
*Aminoácidos e Minerais.*

★

INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitinguí, 165 — São Paulo, Brasil

# BIOSERINA

## Que é Bioserina ?

— E' uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

## Qual a importância e interesse da associação ?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senis, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sobre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

## Quais os resultados do emprego de Bioserina ?

— Bioserina determina:

- a) *Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.*
- b) *Melhora dos movimentos articulares.*
- c) *Melhora do quadro da artério-esclerose.*
- d) *Melhora das condições cárdio-circulatórias.*
- e) *Melhora das condições psíquicas.*

## FÓRMULA:

Cloridrato de Novocaina .....	0,100 g.
Extrato potencializado de órgãos ....	5 ml.

## INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

*Um produto garantido com a marca CLIMAX*



**LABORATÓRIO CLIMAX S.A.**

Rua Joaquim Távora, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

# **INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"**

## **Radiodiagnóstico e Radioterapia**

*Diretor:* Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655  
SÃO PAULO

### **EL DRENAJE EN CIRURGIA**

E

### **SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO**

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevidéo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00



Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Rua Pirapitingui, 80



## Aspectos dos acidentes do trabalho entre os presidiários (\*)

DR. PAULO DE ALBUQUERQUE PRADO

(da Academia de Medicina de S. Paulo)

No capítulo II da Lei de Acidentes do Trabalho (Decreto Lei 7 036) que trata "Do empregado e do empregador", encontramos o art. 9.º que reza o seguinte: "considera-se empregador a empresa individual ou coletiva que, assumindo os riscos da atividade econômica, admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviço; e no § 2.º encontramos: os preceitos desta lei aplicam-se aos acidentes do trabalho sofridos:

- A) Pelo pessoal de obras da União, Estados, Territórios, Municípios e pelos empregados de seu serviço de natureza industrial ou rural;
- B) Pelos empregados de autarquia;
- C) Pelos empregados de sociedades de economia mixta;
- D) Pelos empregados das empresas concessionárias de serviços públicos;
- E) Pelos presidiários.

A nova Lei em vigor no país prevê, portanto, em seu art. 9.º, letra E, a aplicação aos presidiários. O legislador sãbiamente incluiu os presos no diploma legal, movido mais por razões de direito do que por motivo de ordem humanitária.

Assim como no Brasil foi instituído o regime do trabalho obrigatório nas prisões, justo é que se procure indenizar e recuperar um acidentado no trabalho carcerário.

Não foi somente na nossa pátria que se estabeleceu o direito, e mais ainda, o dever do trabalho nas prisões, mas isso é um postulado de todas as legislações hodiernas do mundo civilizado.

A missão do administrador penitenciário é cuidar da moralização e ressocialização do transviado, e não descuidar de sua integridade física e capacidade futura para o trabalho.

(\*) Trabalho apresentado à VI Reunião Penitenciária Brasileira.

Como não é de se ignorar, considerando o conceito de trabalho nos presídios, éle se enquadra dentro da definição de Haessle, pelo menos, no que tange à primeira parte. Sustenta Haessle que o trabalho "é a obra moral, executada por indivíduo moral". Dentro de um presídio, a obra deverá ser forçosamente moral, executando os reclusos as suas tarefas, com requisitos de moralidade, mesmo porque, os que ainda não possuem tais princípios morais, os vão adquirindo na convivência com os mestres das oficinas e com os processos psicopedagógicos desenvolvidos. Daí a importante advertência de que o pessoal penitenciário deve ser rigorosamente selecionado.

Quanto à tarefa, executada "por indivíduo moral", podemos afirmar que condiz com a realidade, pelo menos, os propósitos da administração carcerária são os de torná-los morais. E' por isso que o frontespício do nosso antigo casarão do Carandiru traz o lema de lava do saudoso Herculano de Freitas: "Aqui o trabalho, a disciplina e a bondade resgatam a falta cometida e reconduzem o homem à comunhão social.

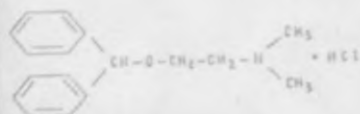
Trabalhador é pois o prêso em regime de detenção que pode escolher o trabalho de eleição, o sentenciado, quando após o período de prova, é designado para trabalhar numa das oficinas da Penitenciária ou no seu parque, os sentenciados que trabalham nos presídios semi-abertos e, por fim, os internados, com medidas de segurança em Casa de Custódia e Tratamento ou Manicômio Judiciário, onde o trabalho, além de ser um dever, é considerado uma forma de terapêutica (a terapêutica ocupacional e a praxiterapia).

Não há um contrato de trabalho explícito, nem implícito do prêso para com o Estado, não havendo relação jurídica de tipo empregado — empregador, mesmo porque o Estado não visa lucro, mas apenas, com a laborterapia penal conseguir reeducar e estimular o gôsto por uma profissão.

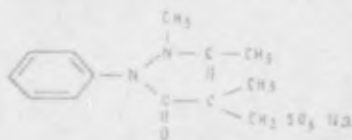
Um condenado acidentado no trabalho é reconduzido à saúde, à devida readaptação funcional, é indenizado pelo dano sofrido, obtém o aparelho protético que necessitar, enfim tudo, tendo em vista a sua futura manutenção e de sua família, e, quando devolvido à vida livre, terá necessidade de se adaptar à atividade compatível com o poder funcional remanescente. Assim, deverá ser ensaiado na reclusão um novo ofício, que permita ao egresso incapacitado, ganhar honesta e laboriosamente a sua vida. Esses objetivos são atingidos quando dispuzermos de um perfeito Patronato de Egressos, que estabelecerá o contato do futuro operário com os serviços de reabilitação profissional, mantidos pelos serviços sociais ou pelo Estado.

O homem vem para o intramuros, condenado por um crime, mas como um cidadão recuperável, com o qual o Estado assumiu o dever de reeducá-lo, alimentá-lo, vesti-lo e assisti-lo em suas doenças físicas ou mentais.

INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL



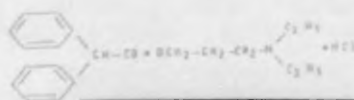
PROPRAMINA



METAMIDOL

# anador

DE ANGELI



ADIFANINA

Anador é o máximo que se  
pode obter em sinergia medica-  
mentosa analgésica, sem cair  
no campo dos entorpecentes.

# anador

DE ANGELI

A associação de **Metamizol, Difenidramina e Adifenina** responde às mais recentes aquisições científicas no tema da terapêutica da dor.

Associação de compostos de ação integrativa e sinérgica.

Analgésico-espasmolítico-antitérmico isento de ação entorpecente. Receituário livre.

Ação rápida e profunda, com ótima tolerância.

## APRESENTAÇÃO E DOSE:

**Comprimidos:** - tubos com 12, 250 e 500 comprimidos.

Dose: - 1-2 comprimidos, 1 a 3 vezes nas 24 horas.

**Gotas:** - tubo conta-gotas com 15 cm<sup>3</sup>.

Dose: - 30 a 60 gotas, 1 a 3 vezes nas 24 horas.

**Ampolas:** - caixas com 5, 50 e 100 ampolas.

Dose: - Meia a uma ampola, até 3-4 vezes nas 24 horas.



**Instituto De Angeli do Brasil**

PRODUTOS TERAPÊUTICOS S. A.

RUA JOAQUIM TÁVORA, 519/533 — SÃO PAULO

Por disposições legais, o condenado é admitido ao trabalho, que não pode e não deve ser um trabalho escravo, porque a escravidão é a negação de todos os direitos do indivíduo e até daquele que perdeu os direitos no período de expiação penal.

À luz da razão o trabalhador prêso deve ser amparado e assistido, senão pelas Consolidações das Leis do Trabalho, pelo menos pela de Acidente do Trabalho.

Com referência à seleção e orientação profissional, afirmamos que elas deveriam ser bem cuidadas por Institutos de Biotipologia Criminais ou semelhantes, em seus órgãos psico-técnicos.

Inicialmente é mister procurar manter o quanto possível, o sentenciado na sua primitiva profissão. E' bem de ver que nos baseamos nas informações prestadas pelo delinqüente, quando o ideal seria a pesquisa *in loco*, por assistentes ou educadores sociais das verdadeiras ocupações antes exercidas.

A grande maioria da população de nossos cárceres, provém do meio rural, e a lógica está a nos dizer não ser possível aproveitá-los todos no trabalho agrícola, pois não há capacidade para tal. A orientação do governo paulista neste sentido tem sido oportuna, mercê da atuação do penitenciário e ex-diretor geral dos presídios, o Dr. Viana de Moraes e da comissão de reorganização penitenciária, criando as Colônias Agrícolas de Itapetininga, Bauru e S. J. do Rio Preto, visando aumentar os núcleos agrícolas de tipo semi-abertos, porque satisfazem, no tocante ao meio, a maioria dos prêsos, assim como, os trabalhos da lavoura atendem às necessidades mais elementares do homem, especialmente do homem do campo.

Como os nossos estabelecimentos penais recebem também operários e outros profissionais, assim como alto coeficiente de desajustados, constituídos por viciados do caráter, puniguistas, vigaristas, temos necessidade precípua de um órgão psico-técnico para realizar a triagem profissional, básica para a terapêutica criminológica e essencial para o aumento da produção e diminuição da incidência dos infortúnios do trabalho. Essa tarefa árdua estaria a cargo da Seção de Psiquiatria do Instituto Técnico e Científico referido, onde existiria um psicólogo competente, encarregado de analisar os condenados, através os testes psicológicos de Rorschach, miocinético de Myra y Lopes e outros, as aptidões psicológicas, a impulsividade, a agressividade, com resultados práticos e promissores na seleção e triagem profissional. O Instituto de Biotipologia Criminal da Penitenciária de S. Paulo instituiu a ficha de prova que é preenchida após a perquirição dos elementos da vida pretérita, atividades profissionais, dados psicológicos, temperamentais, etc. Não temos notícias dos resultados desse importante trabalho e também das atividades da seção de psicologia, na orientação dos exames psico-técnicos.

Uma coisa é exata: jamais uma designação para o trabalho ou transferência de reeducando para presídio agrícola poderá ser

feita sem o prévio exame de um órgão desse tipo, a fim de evitar desajustes, fugas, etc.

O homem vocacionado é mais produtivo e está menos sujeito aos acidentes do trabalho. Conhecidos o perfil psicológico, vocação e aptidão dos penitentes, os resultados práticos e promissores da triagem profissional logo se manifestarão.

O problema do acidente do trabalho nos presídios é diferente do da sociedade livre. Os operários de fábricas, por pequenas lesões, já se declaram incapacitados para o trabalho, conhecedores que são dos benefícios da lei de acidentes, assim pois, a percentagem de simuladores e de indivíduos que exageram os seus males é grande no meio operário livre.

Nos cárceres dá-se o contrário, quer seja porque os presos não têm o pensamento fixo nas reivindicações das leis, as quais não conhecem, ou talvez porque ainda as indenizações sejam irrisórias, considerando o baixo salário que percebem. Ainda um acidente de certa monta não faz com que o condenado queira abandonar o trabalho para permanecer na cela; antes, ele aparenta melhoria para retornar ao serviço, livrando-se da solidão celular. Temos até dificuldades, em tais casos, para o induzirmos a afastar-se do trabalho, a fim de evitar o agravamento da lesão.

Compulsando as estatísticas dos acidentes nos nossos estabelecimentos penais, observamos o seguinte: são em grande maioria constituídos por acidentes leves, geralmente nos dedos das mãos, pequenas lesões superficiais das falanges digitais; também, via de regra, grande parte das vítimas não se afasta do trabalho, por esses pequenos acidentes. Raramente observamos acidentes mais graves, redundando em amputações de dedos, queimaduras, etc.

Em compensação, há o fato de que por mínimo que seja o evento accidental, forçosamente terá que ser feita a sua comunicação por intermédio do responsável pela oficina, o qual a encaminha à Secção Penal, que por sua vez a remete à Secção Médica, cujo médico encarregado, rotineiramente examina a vítima, faz um pequeno relatório do infortúnio, marca um reexame e, se fôr o caso, elabora um laudo de indenização, que é enviado à Vara Privativa dos Acidentes do Trabalho. Por esses motivos referidos é que são raros os casos em que há incapacidade temporária e, portanto, raros os laudos periciais de indenização, pôsto que estes quando procedidos se referem às incapacidades parciais e permanentes mais comumente e rarissimamente a incapacidades totais e permanentes. Os laudos de incapacidade temporária não são feitos como para os operários do nosso parque industrial, ou porque as quantias são pequenas ou porque não há mesmo reivindicação por parte da secção judiciária competente. Isso não quer dizer que não devem ser feitos, pois de fato os convictos perdem esse direito legal, por falta do processo competente, não obstante, temos conhecimento que a Administração carcerária continua a remunerar normalmente

o prêso que deixa de comparecer ao serviço por doença ou por ser vitimado em acidente. Só não recebe a diária o prêso que é fechado por privação disciplinar.

Outro fato diverso da vida livre é que todo o laudo de incapacidade total ou parcial e permanente, é feito por iniciativa do médico encarregado dos acidentes, após haver recebido a comunicação do acidente, não havendo a elaboração do processo, com a devida designação do perito, feita pelo Juiz da Vara de Acidentes. Pelo menos é assim que se tem procedido na Penitenciária de São Paulo, onde por algum tempo, fui encarregado da Secção de Acidentes do Trabalho.

E' bem verdade que a comunicação é bem lavrada na Secção Penal, com histórico minucioso, assinada pelo mestre da oficina e por testemunhas do fato, mas o mais lógico seria que, após o acidente indenizável, seja feito pelo Serviço de Assistência Judiciária do presídio, o respectivo processo, tal qual a fase policial do acidente e depois, remetido à Vara de Acidentes, após o que, o Juiz enviaria a documentação ao perito encarregado. E' certo que isso evitaria o possível acidente imaginária ou forjado, mercê de Deus e da orientação segura dos nossos estabelecimentos penais, jamais verificados, a despeito de toda a iniciativa das perícias partir do encarregado da Secção de Acidentes, o qual jamais se conduz, na execução de um laudo, sem a competente comunicação. Impossível seria pois, a hipótese de um sentenciado vitimado anteriormente, ou fora do trabalho, vir à presença do médico, solicitar a elaboração de perícia de indenização por infortúnio inexistente.

A que devemos atribuir tão pequeno número de acidentes ou de acidentes predominantemente de pequena gravidade nos presídios?

A nosso ver, aos seguintes fatos:

- A) A nossa maquinaria própria de artesanato, é menos complexa do que as modernas máquinas industriais. E' natural que as mais complexas, mais rápidas e eficientes são, também, as mais vulnerantes.
- B) A seleção é tanto quanto possível realizada (mas para o futuro deve ser melhor cuidada).
- C) A atenção do prêso talvez seja maior, quer tendo em vista o temor da punição, quer pela possibilidade da obtenção da liberdade, que lhe possibilita a ótima adaptação ao trabalho.
- D) Pavor do isolamento celular em caso de infortúnio no serviço.
- E) Horário de trabalho, o qual comumente realizado num só período, em poucas horas diárias, intercaladas de recreios, etc., não provoca a fadiga, a qual é oriunda do excesso de horas de trabalho.
- F) Menor número de auto-lesionistas, pleitistas e simuladores indenizofilistas de todas as categorias.



O que ocorre com mais frequência é o dano aos instrumentos de trabalho, por parte dos presos menos ajustados e revoltados, resultante de intenção malévola, o que tem merecido a atenção dos dirigentes do Estabelecimento.

Na nossa estatística de acidentes ocorridos em um ano na Penitenciária, apresentada em trabalho anterior, aparecem apenas três casos de maior vulto, com indenizações devidas a perturbação ou privação de órgãos, sentidos ou função (incapacidade parcial e permanente). Não se registraram, felizmente, casos de incapacidade total e permanente, nem de morte.

É preciso que façamos considerações sobre acidentes que podem ocorrer e que são considerados acidentes indenizáveis. São os casos previstos no art. 5.º em que o preso é ferido voluntária ou involuntariamente por um companheiro, durante o exercício do trabalho, quer este último aja com lucidez, por emulação ou por perturbação mental. Quando a agressão é voluntária só deve ser considerada aquela motivada por rixas provenientes de disputas relacionadas com o trabalho. Devem, ainda, ser considerados como acidentes, os casos em que o preso ou os presos são vítimas de ataques terroristas ou de atos de sabotagem.

Outra questão basilar é a das moléstias adquiridas no trabalho e das moléstias profissionais propriamente ditas. Das moléstias adquiridas no trabalho, as mais frequentes são: a tuberculose e a hérnia. A primeira, isto é a tuberculose como moléstia adquirida no trabalho é possível sobrevir em casos de reclusos predispostos ou enfraquecidos e que trabalhem em ambientes frios e úmidos dos presídios, tais como a cozinha, o frigorífico e mesmo, aqueles que fazem a faxina do Hospital, onde há casos de tuberculose, ou do laboratório, onde há materiais de análise contendo bacilos ou em lavanderias em contato com as roupas. Casos de tuberculose autôctones, originadas na reclusão devem ser mais comuns do que na realidade, quer já se iniciem nas cadeias de origem, onde a higiene e a aeração do ambiente deixam muito a desejar. Grande parte dos recolhidos aos presídios centrais, provenientes dessas cadeias, com condições de insalubridade precárias notórias, associadas à deficiência alimentar, ingressam tuberculosos, uns por predisposição, outros por miopragias orgânicas. Para o esclarecimento desses casos e para apuração do fato de até que ponto vai a responsabilidade do Estado, nesses casos, é mister que se faça um estudo rigoroso, desde as condições da cadeia de origem, de sua alimentação, como das condições físicas anteriores à reclusão. O exame radiológico de ingresso nos presídios centrais e nas cadeias seria medida essencial para o combate, a profilaxia e apuração da responsabilidade governamental, na tuberculose instalada no condenado. A abreuografia rotineira justifica-se de tal maneira, pois já foi instituída em grande parte dos serviços industriais.

Não sabemos até o presente de nenhum caso periciado de tuberculose pulmonar nos presídios. Isso talvez, se deva ao desconhecimento da lei por parte dos infelizes transviados, ou porque não tenha ocorrido a idéia a advogados dos presidiários.

Outras moléstias profissionais ou idiopáticas são raríssimas entre os internados, mas são possíveis de serem encontradas, haja vista o que sucede com eczemas dos pintores e com os que trabalham nas secções químico-industriais, que alguns presídios mantêm.

A hérnia sobrevem quer de maneira diluída, produzida por reiterações de esforços, como quando o trabalho pesado age como trauma concentrado, tanto por ação externa quanto interna sobre o organismo.

A hérnia acidente do trabalho deve ser tratada e indenizada. Não temos nos cárceres, serviços tão traumatizantes, razão pela qual, não estão registrados casos em nossa estatística, mas podem ocorrer perfeitamente e acreditamos serem muito comuns em todos os presídios.

Há indivíduos predispostos à hérnia, por fraqueza da parede muscular ou maior permeabilidade dos orifícios naturais, que dão saída às alças intestinais. O exame prévio, como é feito ao ingresso, esclarece as dúvidas e contribui para que não se destine o examinado aos trabalhos pesados e traumatizantes.

Entretanto, a lei de acidentes é clara, ainda que o indivíduo apresente tendência para a hérnia ou tuberculose e essas moléstias sobrevenham no trabalho, eles tem direito à indenização. Aqui, essas concausas preexistentes ou, mesmo, as supervenientes, não escusam a seguradora ou o Estado do dever de indenizar, como ocorria, em relação ao antigo código penal, cujas concausas atenuavam a pena do agressor no antigo código.

#### TRATAMENTO E READAPTAÇÃO DOS ACIDENTADOS

O tratamento médico e cirúrgico é muito bem orientado nos presídios do Estado, maxime na Penitenciária. O acidentado, imediatamente após o acidente é logo conduzido à secção de cirurgia; quando se trata de um simples ferimento, ele é pensado, retornando a vítima em seguida à sua cela, onde fica em repouso no dia do acidente e até a cicatrização da lesão ou lesões. São-lhe aplicadas vacinas preventivas contra o tétano e administrados antibióticos nos casos indicados. Quando o acidente é mais grave, há baixa à enfermaria do hospital, onde o paciente recebe o tratamento conveniente, que lhe é ministrado por profissionais competentes.

E' função do encarregado da oficina comunicar o acidente ao Diretor Penal, o qual científica o Diretor ou Chefe de Saúde, que por sua vez, encaminha o processo para o responsável pelos acidentes no presídio. Este facultativo examina o preso, descreve as lesões

e preenche a ficha respectiva. Entretanto, tratando-se de lesão mais grave, o prêso é encaminhado diretamente à cirurgia, podendo o exame ser procedido no ato cirúrgico, após, ou também quando se verificar a cicatrização das lesões. Nos casos leves, após o exame, o paciente é pensado, porém em todos os casos, é indispensável o reexame depois de 30 dias ou mais, quando se estabelecer a consolidação, para apuração das prováveis conseqüências.

Uma vez curado, obterá o paciente alta médica e do acidente. Se houver incapacidade, será elaborado um laudo, que é encaminhado à Vara de Acidentes do Trabalho.

Se resultarem seqüelas, além da indenização, passamos a tratar do problema da readaptação. Reduzida por exemplo, a capacidade funcional do paciente, ele terá que readaptar-se a novo serviço, mediante orientação do órgão psico-técnico do Instituto de Biotipologia Criminal ou Similar.

Aparelhos protéticos devem ser fornecidos aos acidentados deles carecentes, visando sempre a recuperação do homem e o seu aproveitamento para o trabalho, para não criarmos o sério problema dos desajustados sociais, mais grave entre os já desajustados egressos dos presídios.

Os Patronatos de Egressos, com a sua secção de incapacitados para o trabalho, melhor do que qualquer outra entidade, encontra aqui uma das suas nobres finalidades, sob as vistas e carinhos de seus assistentes e educadores sociais, entrozando-se com os serviços de reabilitação da indústria e comércio e pondo em jôgo os recursos financeiros e morais de que dispõe a novel organização.

Creemos que o conhecimento da lei de acidentes e a sua aplicação aos presidiários é pouco conhecida nos diversos territórios da nossa pátria, por isso o nosso trabalho visa neste congresso, levar a todos os presídios do Brasil, que ainda não tem essas noções tão úteis, como humanas, de direitos líquidos dos sentenciados que possam estar postergados, não por desídia mas, por desconhecimento, dos termos da lei.

E' mister que tôdas as penitenciárias, colônias agrícolas e Casas de Detenção e Correção brasileiras nomeiem médicos encarregados dos acidentes do trabalho dos convictos. Não somente tem direito os sentenciados, como também os detentos e os sujeitos a medidas de segurança.

Quantos prêsos desde a promulgação da lei de acidentes deixaram de receber indenizações devidas, por ausência de um órgão controlador e encarregado da realização de laudos periciais à Justiça?

Quantos prêsos não são acometidos de tuberculose e de hérnia acidentes do trabalho, quer por condições ambientais ou circunstanciais em que o trabalho seja realizado, ainda que possuidores de predisposições orgânicas e que, nem sequer recebem o tratamento adequado para os seus males e que de maneira nenhuma são assistidos ao sair dos estabelecimentos penais.

Sempre me insurgi contra a concessão do livramento condicional ou indulto aos tuberculosos, pois que ao saírem da reclusão, desajustados, sem emprêgo, sem recursos e impossibilitados ainda de exercerem qualquer função, seriam incapazes de proverem a própria subsistência e, menos ainda, de arcarem com a manutenção de sua família, e, teriam como consequência, se postos em liberdade, o agravamento de sua situação física e moral. Assim, quando tive a honra de endereçar informações ao Conselho Penitenciário, sobre pedidos formulados pelos sentenciados, quase sempre me manifestava contrário às graças que viessem colocar um tuberculoso em vida livre, o qual além de inútil à sua família, ainda era um contagiante e candidato à reincidência. Concordava com o pedido apenas nas seguintes condições: que o prêso fôsse libertado com obrigatoriedade de se internar ou tratar ambulatoriamente de sua doença, em um dos nosocômios especializados mantidos pelo Estado ou, quando o egresso dispusesse de meios para o tratamento de sua tuberculose ou, ainda viesse a obter a garantia de tratamento médico por parte de um parente ou um amigo.

Aos tuberculosos que teriam ficado doentes na prisão, após um estudo cuidadoso dos casos, cabia-lhes indenização como tuberculose, doença proveniente das condições do trabalho e salubridade do local.

Aos demais libertos tuberculosos, anteriormente doentes, livres das penas por perdão, indulto ou mesmo cumprimento total, estaria o Estado no dever moral de assisti-los, quando mais não seja até a completa cura, internando-os ou tratando-os ambulatoriamente nos hospitais para tuberculosos mantidos pelo governo, o que contribuirá sobremaneira na diminuição da reincidência dêsses infelizes.

### CONCLUSÕES

Sugerimos que as conclusões dêsse nosso despretencioso trabalho, figurem entre as recomendações do Congresso.

1.º) Deve ser incluído no texto do Código Penitenciário e no Regulamento das Penitenciárias, no Capítulo do Trabalho Penitenciário, o art. 9 do Cap. II da lei de acidentes do trabalho (Dec. Lei 7 036), que trata "Do empregado e do empregador", mandando estender as regalias da lei, na letra E, aos presidiários. Também, que se faça a divulgação maior dessa parte da lei em todo o território nacional, através dos Anais dêste Congresso, para que não sejam privados os presidiários de todo o Brasil, dêsse direito líquido e incontestável.

2.º) Considerando que o homem é um animal que trabalha e que produz, seu trabalho vale dinheiro. Quanto mais saúde tiver, mais produzirá. Doente e inválido será um peso morto na sociedade. A legislação social nos países civilizados dá à saúde um certo valor em dinheiro; assim, o empregado que a vier perder, em decor-

rência do trabalho, fará jus a uma indenização, variável de acordo com a incapacidade resultante.

E, considerando ainda que em face dos baixos salários vigentes nos presídios, sugerimos seja a indenização por incapacidade permanente paga na base do salário mínimo vigente no local.

3.º) Que cada penitenciária, colônia agrícola, casa de Detenção, etc., nomeie um médico encarregado da Seção de Acidentes do Trabalho e, se possível, um advogado para acompanhar o processo.

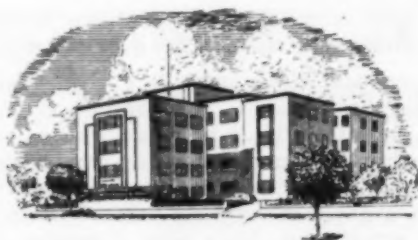
4.º) Que as doenças profissionais e aquelas das condições do trabalho e higiene do ambiente sejam melhor estudadas para o estabelecimento do possível nexo de causalidade.

## PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

## SANATÓRIO SÃO LUCAS

Fundação para o Progresso da Cirurgia



Rua Pirapitingui, 80 — Telefone: 36-8181 — São Paulo

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"  
mantido pelo Sanatório São Lucas*

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr
Capa externa (12 x 19 cm) por vez .....	7.000,00
Capa interna (12 x 19 cm) por vez .....	6.500,00
1 página (12 x 19 cm) por vez .....	6.000,00
½ página (9 x 12 cm) por vez .....	3.500,00
¼ página (9 x 3,5 cm) por vez .....	2.500,00
Encarte por vez .....	4.000,00

## LIO PREFISOL

### EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior  
da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- \* Desenvolvimento somático retardado.
- \* Distrofia adiposo-genital
- \* Hipogonadismo masculino da idade pré-puberal
- \* Magreza hipofisária
- \* Pan-hipopituitarismo
- \* Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Fiasco-ampola com 60 U.F.

OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua Firmeza Fina, 616/628 — Tel. 7-0932/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRÁULIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 6-7744 e 6-5445



Se em 1941,  
a "equipe de Oxford"...

tivesse produzido uma penicilina ativa por via oral, reservar-se-ia o uso da penicilina por via parenteral aos mesmos casos raros das tetraciclina injetáveis...

A administração de penicilina por via oral é mais prática, mais cómoda e não oferece os perigos das injeções de penicilina particularmente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a penicilina precisa resistir à acidez gástrica e à penicilinase intestinal. Em suma, a penicilina deve alcançar níveis sanguíneos elevados e prolongados. Estes requisitos são encontrados no

**STEGCILIN,**

que resolveu, enfim, o problema da penicilino-terapia oral.

*Amostras e Literatura*

**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamenandará, 777 — São Paulo.

Fone: 51-5971



